

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA MÜHL



VEREDAS DA LOUCURA:
EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

CURITIBA
2019

CAMILA MÜHL

VEREDAS DA LOUCURA:
EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Tese apresentada como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Dr. José Miguel Rasia

CURITIBA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Mühl, Camila

Veredas da loucura : experiência de doença e itinerário terapêutico. /
Camila Mühl. – Curitiba, 2019.

Tese (Doutorado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientador : Prof. Dr. José Miguel Rasia

1. Doenças mentais – Aspectos sociais. 2. Transtornos mentais -
Terapia. 3. Loucura – Aspectos sociais. 4. Sociologia fenomenológica.
I. Título.

CDD – 362.2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIOLOGIA -
40001016032P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **CAMILA MUHL**, intitulada: **VEREDAS DA LOUCURA: EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**, sob orientação do Prof. Dr. JOSÉ MIGUEL RASIA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 09 de Agosto de 2019.


JOSE MIGUEL RASIA
Presidente da Banca Examinadora


RÚBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)


MARCELO KIMATI DIAS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)


MARIA MARCE MOLIANI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA)

ADRIANO FURTADO HOLANDA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Aos participantes desta pesquisa que dividiram comigo a sua história, as suas lutas e as suas vitórias.

À Secretaria de Saúde, Coordenação de Saúde Mental e à equipe do CAPS de Colombo que permitiram que essa pesquisa fosse realizada, dando o suporte necessário e o acesso para a coleta de dados.

Às batalhadoras mulheres da minha família: minha mãe Cleide, minha irmã Karine, e minhas avós Adelia e Melania, que me mostraram que se reinventar é sempre possível.

À Manuela que chegou trazendo bagunça, uma bagunça que eu precisava.

Ao meu pai Luiz, que desde que eu era muito pequena me permitiu descobrir como o mundo funcionava, consertando algumas coisas e desmontando outras.

À Carolina Cravero, que sempre me lembra que a vida tem outros lados que eu não estou vendo e por isso é preciso seguir atenta, e a sua família linda Ismael Andre, Olivia Libertad e Lucio.

Ao Felipe: a gente conseguiu!

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Sociologia da Saúde UFPR/CNPq e Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade UFPR/CNPq pelas valiosas contribuições para este trabalho, pela amizade e pelos momentos compartilhados.

Às professoras Maria Marce Moliani e Rúbia Carla Formighieri Giordani e aos professores Adriano Furtado Holanda e Marcelo Kimati Dias por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa desta tese e também pelo exemplo de como ser um bom pesquisador e um bom profissional.

Ao meu orientador José Miguel Rasia, pela grandeza em dividir o seu conhecimento.

Ao PPG Sociologia/UFPR pela acolhida. E às professoras Simone e Marlene pela generosidade nas lições e nas relações.

À Capes pela bolsa concedida que permitiu que eu me dedicasse integralmente as atividades de doutoramento. É lamentável que diante dos recentes cortes de verba na educação outras pessoas não terão acesso a essa oportunidade que eu tive. Um país que não investe em pesquisa é um país que não investe no futuro.

A escrita é uma longa introspecção, é uma viagem às cavernas mais escuras da consciência, uma lenta meditação. Escrevo tateando o silêncio e pelo caminho descubro partículas de verdade; cristaizinhos que cabem na palma da mão e justificam minha passagem pelo mundo.

Isabel Allende

RESUMO

A pesquisa do Itinerário Terapêutico permite descobrir quais são os locais e as práticas que uma pessoa recorre em busca de cuidados em saúde. Nesta tese buscamos investigar o itinerário das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, haja vista, as profundas mudanças que ocorreram nas últimas décadas no atendimento e nas instituições que cuidam dessa demanda no Brasil, desde o início do processo de Reforma Psiquiátrica e da implantação do modelo de Atenção Psicossocial. Através do referencial teórico e metodológico da sociologia fenomenológica, investigou-se o itinerário terapêutico de 20 pessoas que estavam sendo acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Curitiba – Paraná, em função do transtorno mental. A pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2017 e os instrumentos utilizados foram observação, questionário socioeconômico e entrevista. Para remontar os itinerários, ao longo da tese, abordou-se a história da atenção à loucura no Brasil, a experiência de doença, as opções de cuidado acionadas, os fatores que levaram o entrevistado a se engajar ou abandonar uma forma de tratamento e a particularidade das trajetórias. Como conclusão do estudo aponta-se como a biomedicina tem hegemonia sobre esse campo, sendo que seus recursos, como o diagnóstico psiquiátrico e a medicação, passam a ser as marcas de “estar doente” na experiência dos sujeitos, e não mais o incômodo causado pelos sintomas. Ao mesmo tempo, destaca-se também como os participantes da pesquisa articulam todos os fragmentos da sua vivência de paciente psiquiátrico (os tratamentos, as rupturas biográficas, o estigma, etc) e constroem uma narrativa coesa sobre si, cheia de significado, que permite que eles operem no mundo.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico; Experiência de Doença; Transtornos Mentais; Loucura; Sociologia Fenomenológica.

ABSTRACT

Therapeutic Itinerary research allows you to find out what places and practices a person is seeking for health care. In this thesis we seek to investigate the itinerary of people diagnosed with mental disorder, given the profound changes that have occurred in recent decades in service and in the institutions that take care of this demand in Brazil since the beginning of the psychiatric reform process and model deployment of Psychosocial Attention. Through the theoretical and methodological framework of phenomenological sociology, we investigated the therapeutic itinerary of 20 people who were being followed at a Psychosocial Care Center in the metropolitan region of Curitiba - Paraná, due to mental disorder. The research was carried out in the second half of 2017 and the instruments used were observation, socioeconomic questionnaire and interview. In order to reassemble the itineraries, the history of attention to madness in Brazil, the experience of illness, the care options triggered, the factors that led the interviewee to engage or abandon a form of treatment and the particularity of trajectories. As conclusion of the study it is pointed out how biomedicine has hegemony over this field, and its resources, such as psychiatric diagnosis and medication, become the marks of "being sick" in the subjects' experience, and no longer the annoyance caused symptoms. At the same time, it also stands out as the survey participants articulate all the fragments of his psychiatric patient experience (treatments, biographical ruptures, stigma, etc.) and build a cohesive narrative about itself, full of meaning, which allows that they operate in the world.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Disease Experience; Mental Disorders; Madness; Phenomenological Sociology.

RESUMEN

La investigación del itinerario terapéutico permite averiguar qué lugares y prácticas busca una persona para recibir atención médica. En esta tesis buscamos investigar el itinerario de personas con diagnóstico de trastorno mental, dados los profundos cambios ocurridos en las últimas décadas en la atención e instituciones que atienden esta demanda en Brasil, desde el inicio del proceso de Reforma Psiquiátrica y la implantación del modelo de Atención Psicosocial. A través del marco teórico y metodológico de la sociología fenomenológica, investigamos el itinerario terapéutico de 20 personas que estaban siendo seguidas en un Centro de Atención Psicosocial en la región metropolitana de Curitiba - Paraná, por razón de un trastorno mental. La investigación se llevó a cabo en la segunda mitad de 2017 y los instrumentos utilizados fueron observación, cuestionario socioeconómico y entrevista. Retomando a los itinerarios, a lo largo de la tesis abordamos la historia de la atención a la locura en Brasil, la experiencia de la enfermedad, las opciones de atención activadas, los factores que llevaron al entrevistado a participar o abandonar una forma de tratamiento y la particularidad de las trayectorias. Como conclusión del estudio, se señala cómo la biomedicina tiene una hegemonía en este campo y sus recursos y como el diagnóstico psiquiátrico y la medicación se convierten en la marca de "estar enfermo" en la experiencia de los sujetos, y ya no la molestia causada por los síntomas. Al mismo tiempo, los participantes de la investigación articulan todos los fragmentos de su experiencia como pacientes psiquiátricos (tratamientos, rupturas biográficas, estigmas, etc.) y construyen una narrativa llena de cohesión y significados sobre ellos mismos, y que les permite actuar en el mundo.

Palabras-clave: Itinerario Terapéutico; Experiencia de enfermedad; Trastornos mentales; Locura; Sociología fenomenológica.

SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS TM	Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECO	Centro de Convivência e Cultura
CID	Código Internacional de Doenças
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CT	Comunidades Terapêuticas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IT	Itinerário Terapêutico
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 CAMINHOS HISTÓRICOS: CUIDADO À LOUCURA NO BRASIL (1830 - 2011) 20	
1.1 ENTRE A TRADIÇÃO E O NOVO: A ATENÇÃO À LOUCURA NO BRASIL....	20
2 CAMINHOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS: EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E TRAJETÓRIA.....	58
2.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	58
2.2 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA.....	61
2.3 O ESPAÇO DA LOUCURA: UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	65
2.4 COLETA E INSTRUMENTOS DE PESQUISA	69
3 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA NA LOUCURA	92
3.1 “O INFERNO NA TERRA”: FENOMENOLOGIA DA LOUCURA.....	92
3.2 “UM OUTRO MUNDO”: MARCOS DA DOENÇA.....	100
3.3 “UM SER HUMANO COMO TODO MUNDO”: INTERAÇÕES SOCIAIS	116
3.4 “ESSE MUNDO AÍ FORA”: RUPTURA BIOGRÁFICA	124
3.5 “TEM COMO CUIDAR DA DOENÇA”: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E FATORES DE PROTEÇÃO	134
4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E OPÇÕES DE CUIDADO PARA O TRANSTORNO MENTAL	140
5 DESVIOS NO PERCURSO: MUDANÇAS NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO ...	192
6 TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS: OS AGENCIAMENTOS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	209
6.1 HELENA: LUTANDO CONTRA OS MONSTROS E CONTRA A INTERNAÇÃO 210	
6.2 IVONE: QUANDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FUNCIONA	215
6.3 KEVIN: AS CONEXÕES ENTRE A RELIGIOSIDADE E A DOENÇA	217
6.4 LORENA: MUDANÇAS DE VIDA	221
6.5 OLGA: A POTÊNCIA DAS INTERAÇÕES SOCIAIS.....	224
6.6 TEREZA: DAS VÁRIAS INTERNAÇÕES AO TRATAMENTO EM MEIO ABERTO.....	227
CONCLUSÕES	232
REFERÊNCIAS	243

INTRODUÇÃO

Helena tem 20 anos. Fabiana tem 20 anos. Ambas são atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais da região metropolitana de Curitiba há poucas semanas¹. Ambas têm diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia e fazem uso de medicação para amenizar os sintomas. Todavia, as coincidências de caminho entre as duas terminam aqui, já que a experiência vivida por Helena e por Fabiana são completamente distintas.

Fabiana teve seus primeiros sintomas psicóticos na adolescência em um episódio no qual agrediu a irmã mais nova. Esse episódio disparou o itinerário terapêutico das duas irmãs e a caçula até hoje recebe cuidados e passa por intervenções para diminuir as sequelas da agressão, que chegaram a resultar em perda parcial da visão. Para Fabiana, foi providenciada uma longa internação psiquiátrica numa cidade distante daquela em que a família mora. Sua mãe considera que ela é uma pessoa má e não uma doente, mas ainda assim faz um esforço para manter a filha em atendimento médico; já a jovem acredita que quando completar 25 anos um exame de imagem no cérebro irá demonstrar que ela não tem doença alguma. Depois da internação, Fabiana passou pelo CAPSi (para crianças e adolescentes) e atualmente está vinculada ao CAPS em que realizamos nossa pesquisa. Ela não completou os estudos, nunca teve um emprego, mas sonha em trabalhar como caixa de supermercado ou vendedora de loja para juntar dinheiro e pagar uma cirurgia para colocar silicone e ficar mais bonita.

Helena tem sintomas psicóticos desde a infância, mas estes sempre foram interpretados por sua família como sendo de ordem espiritual, assim, há uma crença de que os sonhos dela se tornam reais e que ela possui o dom da mediunidade. Muito embora tenha sido acompanhada por psicólogos e curandeiros desde esses primeiros episódios, Helena só foi atendida por um psiquiatra na adolescência depois de um ataque de pânico, quando seus sintomas começaram a ser enquadrados em classificações biomédicas. Apesar dos muitos diagnósticos diferentes, Helena concorda que é esquizofrênica e faz um controle constante sobre seu quadro, os remédios e os efeitos colaterais. Com esse controle estabelecido, e depois de um atraso de dois anos para se formar na escola em função dos sintomas, ela passou em dois vestibulares de

¹ Helena e Fabiana, assim como todos os demais nomes utilizados nesta tese são fictícios, para resguardar a identidades das pessoas que nela são citadas.

universidades públicas, cursou dois anos de ciências sociais onde trabalhava em um laboratório de pesquisa, todavia, ela abandonou a faculdade após romper um relacionamento amoroso. Nesse momento, já tendo posto as ciências sociais de lado, Helena tenta decidir se vai prestar vestibular para psicologia ou artes. Quando questionada sobre o seu sonho para o futuro, ela responde sem hesitar: não passar por internação psiquiátrica.

Tendo em vista a coincidência de diagnóstico, o que leva Fabiana e Helena a terem uma trajetória tão distinta? É justamente essa pergunta que anima este trabalho na tentativa de compreender porque as pessoas com transtorno mental têm experiências tão distintas com a doença. Ao estar envolvido com o campo da saúde mental, o problema das diferentes formas de entender e cuidar da enfermidade se apresentou como primordial para compreender a adesão ao tratamento nessa área, bem como, as estratégias singulares que as pessoas desenvolviam em busca de saúde. É neste sentido que esta tese foi concebida, com o objetivo de identificar, descrever e analisar essas trajetórias particulares de lidar com o adoecimento.

Contudo, antes de entrarmos na especificidade do problema de pesquisa, precisamos dar um passo atrás para compreender o que é adoecimento e de que forma este é uma questão que se apresenta como objeto de estudo para a Sociologia, em especial, para a Sociologia da Saúde que é a área na qual se situa esta investigação. Muitos trabalhos antes desse já se dedicaram a essa conexão entre a sociedade e os transtornos mentais: Foucault (2017) buscou contar a história da loucura, Goffman (1961) se interessou pelas instituições que abrigavam os loucos, Durkheim (1999) e Canguilhem (2009) questionaram os limites da normalidade e da patologia e Bastide (1967) chegou até mesmo propor uma sociologia das doenças mentais.

Assim, nessa longa linhagem de pesquisas, recuperamos o argumento de Bastide de que “loucura é sempre coisa social” (1967, p.296), destarte, esse tipo de experiência não é só vivenciada pela pessoa que passa por ela, ou por sua família, e nem mesmo permanece fechada dentro do lar. Ela extrapola os limites do que é individual, marcando presença na sociedade. As formas de cuidar da loucura também são definidas socialmente e mudam de cultura para cultura. Ganhando contornos de um problema social, a sociologia tem um papel a cumprir na compreensão deste fenômeno.

Mas que fenômeno é esse?

Uma das vivências que podemos ter na nossa vida cotidiana é a experiência de adoecimento, ou seja, nos sentimos mal, e ao compararmos essa situação com um

momento anterior, percebemos que há uma diferença no funcionamento do nosso organismo, a norma não mais se apresenta e a doença se instala (CANGUILHEM, 2009). Mas não passamos por essa situação em desaviso, as pessoas que convivem conosco (família, amigos, vizinhos, professores) também já passaram por experiências parecidas, atribuindo um significado a ela e a codificando como uma doença. Assim, essa experiência de mal-estar passa a ter um nome, passa a ser reconhecida.

Existem sintomas que são de fácil reconhecimento, como tosse, febre, dor, cólica que, quando chegam a nossa consciência informam que há uma doença se instalando. O ponto aqui é: eu experencio determinados sintomas, codifico esses sintomas como uma doença e traço então estratégias de enfrentamento; um pouco de mel para a tosse, um banho frio para a febre, um medicamento para a dor ou uma consulta ao médico para investigar a cólica.

Nessas situações em que procuramos médicos para investigar um problema de saúde, confiamos na sua capacidade de “ver” a doença, e com isso chegar a um quadro diagnóstico e uma prescrição terapêutica. Esse saber-poder da medicina vem sendo especializado ao longo da história, com o qual o conhecimento biomédico realiza seu diagnóstico penetrando “na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência” (FOUCAULT, 1994, p. 15).

Mas, e quando não se pode “ver” a doença? Nem sempre os sinais são facilmente compreendidos, uma vez que em determinadas enfermidades, eles podem se apresentar como um comportamento inabitual ou sofrimento, onde os conhecimentos da biomedicina enfrentariam problemas em utilizar seus métodos tradicionais para identificação de doença.

Ricouer diferencia entre os males sofridos por uma pessoa, aqueles que advêm da dor e aqueles que são consequência do sofrimento:

[...] psiquiatria e fenomenologia se dirigem de comum acordo para justificar o seu distinto uso dos termos dor e sofrimento; concordaremos por isso em reservar o termo dor para os efeitos sentidos como localizados nos órgãos particulares do corpo ou no corpo inteiro, e o termo sofrimento aos efeitos suscitados sobre a reflexividade, a linguagem, a relação a si, a relação ao outro, a relação ao sentido, ao questionamento (RICOUER, 1994, p. 01).

Nosso interesse de pesquisa recai sobre o mal-estar provocado pelo sofrimento, ainda que este seja difícil de “ver”, classificar e nomear. Loucura, alienação mental,

insanidade, desatino, maluquice, doidice, psicopatia, problema de nervos, perturbação mental, distúrbio mental, doença mental, transtorno mental², entre outros, são nomes diferentes para uma vivência semelhante, sendo que esta experiência muitas vezes é difícil de ser percebida e de ser codificada como uma doença. A incerteza diante da definição faz Basaglia afirmar: "não sei que coisa seja a loucura. Pode ser tudo e nada. É uma condição humana. Em nós a loucura existe e está presente como está a razão" (1979, p.33). Ou seja, uma loteria onde alguns ganhariam a racionalidade e outros a alienação de si.

A ideia de que a loucura é uma possibilidade para o humano trazida por Basaglia, já está presente no argumento de Ricouer e, também, em Jaspers, quando este se questiona sobre o que é o humano e sobre a riqueza infinita da vivência humana. Nesse sentido, loucura e humanidade seriam fenômenos completamente conectados: "a questão sobre o que há de fundamentalmente humano nas doenças mentais, obriga a ver-se nelas não um fenômeno geral da natureza, mas um fenômeno natural especificamente humano" (JASPERS, 1973, p.19)

Ainda que seja uma tarefa de Sísifo³ conceituar o que é a loucura, quais são suas causas e por que algumas pessoas a desenvolvem enquanto outras não, nem por isso ela deixa de ser menos real e de trazer impactos para a vida das pessoas que perderam nessa loteria. Aos olhos treinados, o fenômeno da loucura se desvela com muita facilidade, mostrando uma forma muito particular de vivenciar o mundo. Mas mesmo para aqueles que não têm esse conhecimento especializados nessa área, ainda assim a loucura pode ser reconhecida, sendo fonte então de estigma e preconceito⁴.

Se já é problemático definir o que seja loucura e contornar os fenômenos que pertencem a ela, essa dificuldade também se estende quando se trata de encontrar cuidado adequado para o sofrimento. As terapêuticas que se apresentam podem ser tradicionais, como chás e simpatias podem ter um cunho sagrado, como rituais de benzimento e cura, ou podem ser profissionais biomédicos, como medicina, psiquiatria

² As diferentes nomenclaturas representam momentos diferentes de compreensão na história, assim, num primeiro momento temos alienação mental, depois doença mental e atualmente transtorno mental, por exemplo. Essas diferenças históricas serão abordadas no primeiro capítulo.

³ Sísifo é um personagem da mitologia grega que foi condenado a empurrar uma pedra até o topo de uma montanha, repetindo essa tarefa eternamente, sendo que, toda vez que estava alcançando o topo, a pedra rolava montanha abaixo até o ponto de partida, invalidando o seu duro esforço e o obrigando a recomeçar. As semelhanças aqui são com a difícil tarefa de conceituar a loucura, que muitos autores, antigos e modernos, já tentaram mas ainda hoje ainda não temos consenso sobre esse conceito.

⁴ Diferenciamos aqui conceituar de reconhecer, onde conceituar está no campo da ciência, dos especialistas e reconhecer a loucura está no âmbito do senso comum. No dia a dia, as pessoas conseguem diferenciar a loucura da razão, mas o fazem sem ter acesso ao conhecimento especializado.

ou psicoterapia (KLEINMAN, 1978). No campo da saúde no Brasil existe uma série de serviços e dispositivos de cuidado, como Hospitais Psiquiátricos, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-dia, Unidades Básicas de Saúde, entre vários outros, tanto no Sistema Único de Saúde, como na rede privada.

O objetivo desta tese vai em direção a essa multiplicidade de formas e serviços de cuidado e investiga quais são os locais, os profissionais e as terapêuticas que as pessoas com transtorno mental podem dispor e quais buscam para tratar da sua enfermidade. Orientamo-nos então por duas questões norteadoras: a) por que as pessoas desenvolvem caminhos distintos em busca de cuidados para o transtorno mental? e b) quais são os fatores que contribuem para as alterações nesse trajeto de cuidado, fazendo com que a pessoa abandone uma forma de tratamento e se engaje em outra, ou conjugue várias formas de cuidado. Esse tipo de estudo já é consolidado na Antropologia e Sociologia da Saúde e constitui o que se conhece como Itinerário Terapêutico.

Para Rabelo, Alves e Souza (1999), o itinerário terapêutico designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento de uma doença. Nesse plano se conectam os aspectos subjetivos da pessoa, com seus interesses, emoções e atitudes, bem como os fatores sociais, históricos e culturais da pessoa e de suas interações com o lugar onde vive. As escolhas terapêuticas e os caminhos trilhados dizem, portanto, da experiência vivida pela pessoa, em especial e da sua relação com a doença.

Para perseguir um itinerário terapêutico vários métodos podem ser empregados, mas dado nosso interesse de pesquisa na singularidade e nas alterações deste, optamos por utilizar como ferramenta teórica de base a fenomenologia. Esse aporte nos propiciou um termo chave para compreender o nosso objeto de estudo: o conceito de experiência e a partir dele abrimos para a trajetória e o itinerário terapêutico dos participantes da pesquisa.

O ponto de partida básico de todas as considerações fenomenológicas é a experiência essencial atual ou imediatamente vivida, isto é, o fluxo da experiência subjetivo e espontâneo no qual o indivíduo vive e no qual, enquanto fluxo, porta consigo vínculos espontâneos, traços de memória, etc., de outras experiências anteriores. [...] No curso de sua vida uma pessoa compila um estoque de experiência, que a possibilita definir as situações nas quais ela se encontrar e guiar sua conduta (SCHUTZ, 2012, p.345).

A partir do conceito de experiência para Schutz, enquanto um modo de agir no mundo, podemos compreender que adoecer é uma situação que atravessa a vida da pessoa, aportando significados. Nesse sentido, existiria uma experiência de enfermidade

que envolve tanto sentir-se mal quanto os atos de interpretação correspondentes (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Para Alves (1993, p. 269) “a sensação de sentir-se mal encontra-se intrinsecamente acompanhada de uma compreensão do seu significado”, portanto, “enfermidade não é um fato, é significação”.

A fenomenologia se apresenta como um método privilegiado para a investigação da experiência e dos significados: “é a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, e sem nenhuma deferência à sua gênese psicológica e às explicações causais” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 01). As contribuições de Alfred Schütz, Edmund Husserl e Wilhelm Dilthey são mobilizadas para o aporte teórico-epistemológico e a metodologia de pesquisa, em especial, a Sociologia Fenomenológica proposta por Schütz, que também aciona os conceitos weberianos acerca de uma ciência compreensiva.

A investigação do itinerário terapêutico a partir das experiências vividas das pessoas com diagnóstico de transtorno mental foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial do município de Colombo, no estado do Paraná, em articulação com a Secretaria de Saúde local. No serviço, primeiramente realizamos observação participante e aplicação de questionário socioeconômico, com objetivo de conhecer os usuários, para num segundo momento entrevistá-los. O foco das entrevistas foi compreender as percepções, os significados e as vivências que as pessoas têm em torno do fenômeno doença. A adesão dos participantes de pesquisa durante a nossa estada em campo foi fundamental para que tivéssemos acesso a um rico material que foi analisado nesta tese.

Para melhor contemplar nosso problema de pesquisa e o material coletado no campo, esta tese foi composta por seis capítulos. No primeiro capítulo “*Caminhos Históricos: O Cuidado à Loucura no Brasil*”, abordamos os aspectos históricos relacionados a loucura no Brasil, desde a sociologia histórica, reconstituindo as instituições e os discursos que referenciaram o atendimento à pessoa com transtorno. O objetivo do capítulo é localizar a compreensão sócio-histórica de loucura que estava por trás de cada um dos serviços de saúde mental criados, bem como, investigar se essas compreensões ainda estão presentes atualmente. O argumento por nós defendido é que as sucessivas reformas psiquiátricas que ocorreram no Brasil não conseguiram revolucionar de todo esse campo de saber-poder⁵, e velhas e novas representações sobre

⁵ Para Foucault (1997) é impossível pensar o poder dissociado dos discursos de saber: em qualquer sociedade, as relações de poder que perpassam e constituem o corpo social não podem funcionar sem a

a loucura coexistem nas instituições de cuidado. Com esse capítulo também introduzimos ao leitor os serviços de saúde mental ofertados pela biomedicina e que são parte dos itinerários terapêuticos dos entrevistados, que serão apresentados nos capítulos seguintes.

Complementando o objetivo de contextualizar a loucura enquanto objeto desse estudo, o segundo capítulo “*Caminhos Teóricos e Metodológicos: Experiência de Doença e Trajetória*” apresenta o aporte teórico e metodológico da presente tese. Mobilizamos a sociologia compreensiva de Max Weber, a fenomenologia de Edmund Husserl e a sociologia fenomenológica de Alfred Schütz, para construir os conceitos-chave de ação social, experiência de doença e itinerário terapêutico. Nessa seção apresentamos as etapas e a forma como a pesquisa de campo foi realizada, o perfil dos entrevistados e os instrumentos utilizados na coleta de dados (observação participante, questionário socioeconômico e entrevistas).

O terceiro capítulo “*Experiência de Doença na Loucura*” é dedicado a descrever a vivência da enfermidade dos 20 usuários do CAPS diagnosticados com transtorno mental que foram entrevistados para esse estudo. Entre os dados apresentados estão a descrição dos sintomas e dos transtornos mentais, os disparadores da doença, a relação com a medicação e com a biomedicina, a experiência de ruptura biográfica, as interações sociais entre normais e loucos, o estigma, os projetos para o futuro, as estratégias de enfrentamento, os fatores de proteção e a avaliação da doença.

O Itinerário Terapêutico propriamente dito é objeto do quarto capítulo: *Itinerário Terapêutico e Opções de Cuidado para o Transtorno Mental*, e dos seguintes. A partir do conteúdo das entrevistas, foi possível apreender que as pessoas com diagnóstico de transtorno mental acessam três conjuntos de saberes distintos para lidar com a sua enfermidade: a biomedicina, a religiosidade e as práticas corporais. Nesse primeiro momento, é feita uma descrição densa de todas as terapêuticas pelas quais os entrevistados passaram em suas buscas por cuidado, não havendo, portanto, uma síntese analítica, esta será desenvolvida nos capítulos subsequentes.

Conhecendo quais são os lugares e os recursos em que uma pessoa com transtorno mental busca ajuda para sua doença, podemos então nos perguntar quais são

produção e a circulação de um discurso verdadeiro, existe sempre um saber que possibilita e legitima o exercício do poder. Como forma de exemplificar o saber-poder podemos recorrer à Psiquiatria, que com o seu saber possui a verdade sobre o que é a loucura, sobre os meios de tratá-la e sobre determinação de quem já se ajustou as normas e não é mais louco, e assim, pode exercer o seu poder sobre os loucos, através do controle dos corpos nas instituições psiquiátricas e do controle do discurso, onde o psiquiatra fala pelo insano.

os fatores que alteram essa trajetória, nas situações de engajamento e abandono de tratamento. Essa questão é discutida no quinto capítulo *“Desvios no Percurso: As Mudanças do Itinerário Terapêutico”*, nele abordamos os aspectos envolvidos com as alterações nas trajetórias e no itinerário terapêutico, como encaminhamentos, custo da doença, interações sociais e ocasionalidades (situações não esperadas pelos entrevistados).

Até esse ponto do texto, os itinerários terapêuticos são apresentados a partir das características generalizáveis entre todos os entrevistados, formando um conjunto de dados relevantes, mas que impede a visualização da vida que existe por trás das trajetórias singulares. Assim, para o último capítulo desta tese, *“Trajetórias Individuais: Os Agenciamentos do Itinerário Terapêutico”*, escolhemos seis dos nossos entrevistados para apresentar detalhadamente a sua experiência de doença e itinerário terapêutico, considerando que seus caminhos tiveram características peculiares dentro das três categorias de cuidados (biomedicina, religiosidade e práticas corporais).

Cabe ainda um esclarecimento sobre o título: uma pequena homenagem à obra Grande Sertão: Veredas de Guimarães Rosa. Vereda é um caminho apertado, desprovido de espaço, onde a pessoa vai se espreitando, se embrenhando, lutando para chegar ao seu lugar. Riobaldo, o protagonista da história, nos inspira quando tenta refletir sobre a vida, a morte, o bem, o mal, Deus e o diabo, ainda que de forma caótica. Nossos entrevistados também buscam refletir sobre seus próprios caminhos e, tanto eles como Riobaldo conseguem fazê-lo, a seu próprio modo, calcados sobre suas experiências vividas. Nos lembra o dicionário Michaelis que vereda, também pode ser um rumo que se dá a uma vida.

Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

Guimarães Rosa. Grande Sertão: Veredas.

1 CAMINHOS HISTÓRICOS: O CUIDADO À LOUCURA NO BRASIL (1830 - 2011)

As opções teórico-metodológicas feitas nesta tese exigem que o nosso tema seja inscrito no espaço e tempo histórico, no esforço de compreender nosso objeto de estudo desde a sociologia, e mais especificamente, a sociologia da saúde. Para realizar tal tarefa, procederemos uma análise sócio-histórica em busca da apreensão das transformações da loucura no Brasil, em especial, das compreensões presentes nos discursos institucionais e assistenciais, uma vez que, como nos lembra Foucault (2008), a loucura é reconhecida e ganha o seu estatuto sempre dentro de um dado grupo social. Assim, nosso objetivo neste primeiro capítulo será apresentar as diferentes definições de transtorno mental, bem como, os serviços e os sistemas de cuidado e a legislação que referenciaram e referenciam a loucura em nosso país.

Esse estudo se faz necessário em vista das muitas modificações no entendimento e na atenção à loucura no Brasil. Buscamos remontar essa história combinando as normativas presentes na legislação nacional sobre a loucura em diferentes épocas, com o tipo de atendimento ofertado nas instituições de assistência, buscando comparar o discurso e o cuidado oferecidos ao louco no país. Ao longo do texto, também apresentaremos dados sobre a situação da saúde mental no estado do Paraná, passando por suas modificações em relação a legislação e instituições.

Nosso argumento para tratar dessas modificações históricas tem inspiração na obra do sociólogo teuto-americano Reinhard Bendix (1996) que afirma que tradição e a modernização não são mutuamente excludentes. No âmbito desse estudo, interpretamos essa assertiva no sentido de que uma mudança no discurso institucional não faz com que as práticas de cuidado se modifiquem automática e completamente. Por exemplo, quando foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001⁶, que aqui representaria a modernização da atenção aos loucos, esta não faz com que as práticas manicomiais (tradicionais) desapareçam, e os dois modelos passam a coexistir.

1.1 ENTRE A TRADIÇÃO E O NOVO: A ATENÇÃO À LOUCURA NO BRASIL

⁶ Trata-se da Lei 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Embora nossa análise se ancore na sociologia fenomenológica, ao pensarmos nosso objeto no longo prazo, necessitamos agregar o conhecimento alguns princípios da Sociologia Histórica, pois o presente não se explica por si mesmo. De acordo com Skocpol, “a sociologia histórica é melhor compreendida como uma tradição contínua de pesquisa, sempre renovada, devotada a compreensão da natureza e dos efeitos de estruturas de larga escala e processos fundamentais de mudança” (2004, p. 11).

Evocamos os estudos da Sociologia Histórica, pois eles se constituem a partir: a) do interesse nos processos concretamente situados no tempo e no espaço; b) perseguem seqüências temporais em busca de consequências; c) acompanham a inter-relação de ações significativas e contextos estruturais de forma a perceber as consequências pretendidas e as inesperadas na vida das pessoas e nas transformações sociais e d) evidenciam os detalhes particulares e as variáveis de formas específicas de estruturas sociais e seus processos de mudança no tempo (SKOCPOL, 2004). Assim, podemos perceber que as diferenças sociais bem como os processos temporais são o foco deste tipo de estudo.

Como forma de enraizar no tempo e no espaço a nossa pesquisa, iremos utilizar como marco inicial do atendimento institucionalizado à loucura no Brasil os movimentos que levaram a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro e como marco final a Portaria 3.088 (2011) do Ministério da Saúde que ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) promove a mais recente mudança no atendimento à loucura. Percorremos assim o intervalo compreendido entre 1830 e 2011. Como fontes para a pesquisa usaremos leis, documentos oficiais do Estado Brasileiro (como Manuais e Portarias), relatos dos atores envolvidos nesse processo e, também, trabalhos científicos e técnicos sobre o assunto.

Apesar de nosso marco inicial ser o ano de 1830, isso não significa que a loucura só tenha aparecido no Brasil nesta data, essa sempre existiu e era tratada em outros espaços, como pela religião, saberes populares (benzedeiras, chás, rituais, etc.) ou ainda pela polícia. Como alerta Foucault (2008), a experiência da loucura no mundo ocidental antes do século XIX era bastante polimorfa e circulava pela sociedade, às vezes de forma implícita e sem muita visibilidade e, em outras vezes, vinha à tona e integrava-se a paisagem cultural. Diante desse fato e dado que nosso interesse está nas práticas institucionalizadas e nos discursos oficiais marcados pela biomedicina, optamos por fazer esse recorte temporal sabendo da deficiência de trabalho científicos em relação aos outros tipos de cuidado.

O estudo dos discursos e das práticas de atendimento aos loucos, segundo Amarante (1994), vem de uma preocupação com a análise das articulações historicamente existentes entre as instituições sociais específicas e as relações sociais, em especial, as relações de cuidado. Assim, desvendar os caminhos que a loucura tomou no nosso país, através das instituições e da legislação, dos seus discursos e práticas, pode nos ajudar a compreender a atenção à loucura atualmente.

Para remontar a história da atenção à loucura no Brasil, dividiremos esse percurso em oito fases de reorganização dos serviços de saúde mental. As sete primeiras fases serão apresentadas a partir do trabalho de Fonte (2012) e ao final acrescentaremos uma nova fase em função das últimas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que modificam o atendimento ao louco. Dessa forma, fica assim constituído percurso temporal⁷ do nosso objeto:

1ª Fase: *Institucionalização da loucura (1830 – 1888)*

2ª Fase: *Medicalização da loucura (1889 – 1919)*

3ª Fase: *Da higiene mental à Psiquiatria Comunitária (1920 – 1963)*

4ª Fase: *Indústria da loucura (1964 – 1977)*

5ª Fase: *Deflagração da Reforma Psiquiátrica (1978 – 1989)*

6ª Fase: *Institucionalização da Reforma Psiquiátrica (1990 – 2002)*

7ª Fase: *Consolidação da Reforma Psiquiátrica (2003 – 2010)*

8ª Fase: *Constituição da Rede de Atenção Psicossocial (2011-)*

Apesar desta divisão, em que cada quadro se refere a um modelo diferente, o nosso argumento é que os diferentes modelos não são excludentes, mas sim, que coexistem no sistema, em especial a lógica manicomial permanece nos serviços de atenção psicossocial. Esse argumento tem inspiração no trabalho de Bendix (1996) que demonstrou como elementos de tradição e a modernidade se mantêm numa mesma sociedade.

Bendix se dedica a estudar as sociedades industriais e questiona o argumento das teorias evolucionistas de que todas as sociedades passarão pelas mesmas etapas e chegarão a um mesmo lugar, como podemos ver no trecho abaixo:

⁷ Lembramos que as datas aqui são aproximadas e que foram definidas a partir de momentos importantes para as políticas de saúde mental que descreveremos no decorrer do trabalho.

As sociedades industriais de hoje retêm aspectos de sua estrutura social tradicional que foram combinados para o desenvolvimento econômico de várias maneiras. [...] Desse modo, ‘a sociedade industrial’ não é o simples conceito que algumas vezes se supõe que seja: a industrialização das sociedades economicamente atrasadas é uma questão aberta, e a ideia de tradição e modernidade como mutuamente excludentes é simplesmente falsa (BENDIX, 1996, p. 42. Grifos do autor).

Dessa forma, o autor desconstrói a ideia de que a modernidade surge às custas da tradição. Para Bendix (1996) uma sociedade inteiramente moderna, carente de qualquer tradição, é uma abstração sem sentido. Fazendo uma analogia na qual a tradição é a lógica manicomial e a modernidade são os movimentos da reforma psiquiátrica e a atenção psicossocial, pretendemos demonstrar como esses dois modelos coexistem. Assim, entende-se que “as estruturas e atitudes sociais persistem muito tempo depois que as condições que as originaram desaparecem, e essa persistência pode ter consequências positivas e também negativas” (BENDIX, 1996, p. 43) e pretendemos perseguir essas permanências e consequências.

Momento um: Institucionalização da loucura (1830 – 1888)

É apenas com a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil que a loucura passa a receber atenção e intervenção por parte do Estado, muito mais com o objetivo de controle social das pessoas, tentando ordenar o crescimento das cidades, em um processo já descrito por Foucault (2008), onde a origem da preocupação com os loucos está ligada, em seu sentido primordial, com a estruturação do espaço social. Nessa perspectiva de controle, a definição de quem eram os loucos era bastante abrangente, incluindo pobres, desempregados, marginais, índios, negros, degenerados e outros párias (AMARANTE, 1994).

Um ator importante nesse primeiro momento de cuidado aos loucos no Brasil é a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro⁸, que em 1830 se organiza para realizar um diagnóstico da situação dessas pessoas na cidade e tinha como lema “aos loucos, o hospício” uma vez que desejavam impedir a livre circulação daqueles acometidos pela loucura. Até então não havia um espaço próprio para a assistência aos loucos e estes

⁸ Fundada em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro tinha como objetivo reunir os médicos para discutir junto ao Governo Imperial as questões de saúde pública e higiene.

ficavam entregues à própria sorte nas ruas, nas prisões, casas de correções ou asilos para mendigos⁹ (ENGEL, 2001; FONTE, 2012).

O principal espaço que absorve essa população na época é a Santa Casa de Misericórdia, um hospital geral de caridade, mas que não possui nenhuma especificidade terapêutica para tratar da loucura. Enviar os loucos a Santa Casa era uma tentativa de colocá-los sob a tutela do saber médico, mas na prática não era isso que acontecia, dado que a loucura ainda não tinha estatuto de doença. Os loucos recebiam nesse local tratamentos como lancetas, sangrias, vesicatórios e remédios de botica, procedimentos que eram utilizados para doenças em geral, mas nenhum tratamento específico para a loucura (ENGEL, 2001; DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL, sem data).

Nesse cenário, o tema da loucura vai emergindo no Brasil, inclusive na Universidade, onde a primeira tese sobre o tema foi defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1837. De autoria de Antonio Luiz da Silva Peixoto, a tese era intitulada '*Considerações gerais sobre a alienação mental*' e foi uma das primeiras tentativas de estabelecer o que seria a loucura desenvolvida no país. Apesar desse esforço inicial, as primeiras cadeiras de clínica psiquiátrica nas faculdades de medicina só foram criadas em 1879, nos cursos do Rio de Janeiro e da Bahia (ENGEL, 2001).

Para Engel (2001), as concepções de loucura elaboradas nessa primeira fase da assistência ainda não eram totalmente científicas, ficando mais próximas do senso comum. Com o objetivo de afastar as crenças populares sobre a loucura, por muitas vezes os médicos se apropriavam de práticas, experiências e visões advindas do senso comum e as travestiam com o discurso biomédico, fazendo com que passassem por verdades científicas, ainda que fossem concepções muito próximas dos saberes não especializados.

A partir destas discussões e reivindicações iniciais, é criado o primeiro hospício do Brasil: o Pedro II no Rio de Janeiro, através do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. O Hospício Pedro II era inspirado nas experiências de Pinel¹⁰ e Esquirol¹¹¹²,

⁹ Tratam-se aqui dos loucos pobres, que dependiam da ação do Estado ou da caridade, uma vez que há registro de hospitais particulares que recebiam os pacientes loucos vindos das famílias de classe econômica mais favorecida (ENGEL, 2001).

¹⁰ Philippe Pinel (1745-1826) foi um médico francês precursor da Psiquiatria moderna. Inspirado pelos ideais da Revolução francesa, ficou conhecido por libertar os loucos das correntes a que ficavam presos para evitar fugas. Pinel propunha como terapêutica para essa população o Tratamento Moral que consistia

centrava o tratamento no isolamento do louco e era administrado pela Santa Casa de Misericórdia. A instituição foi inaugurada com grande solenidade e com a presença do Imperador que dá nome ao hospital¹³ em 1852, passando a abrigar 144 pessoas da sua capacidade de 350 leitos (FONTE, 2012; DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO, sem data).

Para os médicos e as associações médicas, em especial a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que reivindicavam a criação de um espaço destinado especificamente aos loucos, o Hospício Pedro II representava um avanço civilizatório. Com o hospício, seria possível finalmente codificar a loucura como doença mental e, como tal, um objeto do saber médico que teria exclusividade em tratá-la (ENGEL, 2001).

A luta dos médicos por mais espaço para cuidar dos doentes é detalhada por Figueiredo (2005): segundo a autora, se hoje é natural buscarmos auxílio de médicos em caso de doença, isso nem sempre foi assim no Brasil, que possuía muitas outras pessoas exercendo o ofício de curar. Destarte, a procura de ajuda no saber médico e “esta forma de delegar ao outro, preparado em espaços acadêmicos formais, a competência para avaliar o estado de saúde do seu corpo foi forjada, junto à população brasileira, ao longo do século XIX, especialmente a partir da segunda metade” (FIGUEIREDO, 2005, p. 62).

Voltemos ao Hospício Pedro II, quando este já estava operando, em 1875, estive no Brasil o médico Philippe-Marius Rey, que viajava pela América do Sul analisando as instituições psiquiátricas. No seu texto sobre o Pedro II, ele detalha as instalações do hospício e seu funcionamento, considerando satisfatório o atendimento ofertado aos loucos:

[...] o Brasil tem feito muito pelos seus alienados. A capital possui um asilo que, apesar das suas imperfeições, poderia despertar a inveja de mais de uma cidade grande da Europa. [...] O granito, o mármore e as madeiras preciosas

em isolar esses pacientes para que assim a equipe médica pudesse introduzir mudanças significativas de comportamento.

¹¹ Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) foi um psiquiatra francês considerado o discípulo de Pinel e seu projeto reformador. Além das suas contribuições acadêmicas, com a definição e descrição de doenças mentais, Esquirol também trabalhou pela aprovação da Lei de Alienados na França em 1838, um dos primeiros textos legislativos do mundo sobre a assistência psiquiátrica.

¹² Essa forte influência pode ser percebida no relato do médico Rey de 1875 quando este descreve a entrada do Hospício Pedro II: “Na entrada, há um grande saguão decorado com duas estátuas de mármore representando Pinel e Esquirol”.

¹³ No texto do Decreto 82 (1841) fica clara a relação entre o Hospital e o Imperador que tinham o mesmo nome: “Desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficência: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção [sic]”.

do Brasil conferem um aspecto verdadeiramente suntuoso. As salas são altas, bem arejadas por meio de numerosas janelas grandes; a água é abundante para as necessidades do atendimento. Tudo é muito limpo, não há maus cheiros. Todas essas qualidades nos fazem lamentar mais ainda que seja apenas a caridade e não a ciência que levou à criação do Hospício Pedro II (REY, 2012, p. 402).

Essa crítica à ausência da ciência pode ser observada no fato de que quando o Hospício Pedro II começou a funcionar, com 144 pessoas internadas, estas eram separadas nas divisões internas não por critérios médicos, mas sim, por características como condição social (como ser escravo, indigente ou pensionista), hábitos de higiene, periculosidade, presença de outras enfermidades e visibilidade da loucura. Como exemplo apresentamos a classificação trazida por Engel (2001) da classe dos indigentes: a) tranquilos limpos, b) agitados, c) imundos e d) afetados de moléstias acidentais.

Apesar do Hospício Pedro II ser considerado o grande marco inicial da Psiquiatria no Brasil, ele não foi a primeira instituição desse tipo a estar em funcionamento no país, uma vez que o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, conhecido como ‘Hospício velho’, começou a atuar cerca de nove meses antes do que a instituição do Rio de Janeiro. O hospício foi aberto com apenas 6 internos e foi tido como um exemplo de que o progresso e a civilização chegavam a São Paulo (CUNHA, 1986).

Durante esse período ainda foram criadas outras instituições para os alienados em Pernambuco em 1864 (Hospício de Alienados de Recife-Olinda), no Pará em 1873 (Hospício Provisório de Alienados), na Bahia em 1874 (Asilo de Alienados São João de Deus), no Rio Grande do Sul em 1884 (Hospício de Alienados São Pedro) e no Ceará em 1886 (Asilo de Alienados São Vicente de Paulo). Essas instituições são identificadas por Cunha (1986) como “hospícios leigos”, pois apesar de ser o local da assistência à loucura, ainda não havia presença do saber médico nesses espaços.

Um ótimo quadro desse primeiro momento de atenção institucionalizada no Brasil está retratado na obra *O alienista* de Machado de Assis, publicada originalmente em 1881. Como podemos ver no trecho abaixo:

[...] o alienista procedeu a uma vasta qualificação dos seus enfermos. Dividiu-os primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou as subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isso feito, começou um estudo saturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; inquiria da vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie, antecedentes na família, uma devassa,

enfim, como a não faria o mais atilado corregedor (MACHADO DE ASSIS, 1998, p. 22).

A referida obra descreve as atividades de um médico – Simão Bacamarte – que acaba de voltar da Europa, influenciado pelas ideias dos alienistas e que se dedica a conhecer, identificar e tratar a loucura, ainda que o faça de forma questionável. A dinâmica contada por Machado de Assis serve como ilustração do processo de patologização e institucionalização do louco no Brasil (MACHADO DE ASSIS, 1998; AMARANTE, 1994).

A institucionalização do cuidado à loucura no Brasil assume a forma do modelo manicomial, em grandes instituições que são destinadas apenas para esse fim e que se localizam, geralmente, na periferia de grandes centros urbanos. Bastide (1967), em sua obra *Sociologia das doenças mentais*, destaca o fato de que um hospital psiquiátrico não é um hospital como os outros, onde os cuidados são ofertados aos doentes em seus leitos, mas estes continuam a fazer parte da sociedade. O hospital psiquiátrico é uma sociedade em si: o doente deve reaprender a viver socialmente dentro dessa nova “comunidade”. Essas instituições são análogas as que Goffman chamou de *instituição total*, que é um “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p. 11).

São vários os espaços que podem adquirir as características de uma instituição total, segundo Goffman (1961), como prisões, orfanatos, leprosários e conventos. O hospital psiquiátrico também pode receber essa adjetivação uma vez que os seus internos são retirados do seu mundo da vida e inseridos em um novo local, separados da comunidade mais ampla, onde tem sua vida, seus horários, suas atividades, seu tempo, controlados por outra pessoa – os responsáveis pela instituição ou a equipe de supervisão.

Para compreender melhor os efeitos de uma instituição total na vida das pessoas seguimos com o pensamento de Goffman. De acordo com o autor existem três atividades básicas que marcam a vida na sociedade moderna: dormir, brincar e trabalhar, sendo que essas atividades tendem a ser feitas em diferentes locais e em diferentes companhias. A partir do momento em que uma pessoa dá entrada em uma instituição total, ocorre uma ruptura das barreiras que normalmente dividem essas três

tarefas da vida, e elas passam a ser realizadas em um mesmo local e sob uma mesma autoridade (GOFFMAN, 1961).

A partir do momento em que a pessoa é internada num hospital psiquiátrico, ela passa a estar à disposição do plano dos dirigentes do hospital, dos médicos e dos profissionais que fazem a supervisão. Essa equipe define a rotina do hospital, os horários e as atividades que deverão ser desenvolvidas, havendo regras para comer, dormir, tomar banho, o que faz com que a pessoa não possa mais tomar as decisões sobre a sua própria vida. Além disso, as atividades são desenvolvidas por um grande número de pessoas conjuntamente e da mesma forma. A impossibilidade de tomar decisões individuais pode levar a uma mortificação do eu, pela perda de controle sobre a própria vida.

Ao analisarmos o papel desempenhado pelas primeiras instituições psiquiátricas do país, percebemos que estas cumpriam de modo muito precário a função de cuidar da loucura e acabaram servindo mais como locais de segregação desta população. Diante desse quadro, nas décadas de 1870 e 1890 começam a aparecer críticas e denúncias acerca da condição e dos tratamentos ofertados nos hospícios e uma forte reivindicação por novas estruturas, em especial, que levassem a uma efetiva medicalização da loucura (ENGEL, 2001). Dessas críticas decorre a primeira reforma psiquiátrica feita no Brasil.

Momento dois: Medicalização da loucura (1889 – 1919)

O segundo momento da atenção à loucura no país é inaugurado junto com a Proclamação da República, em 1889. Sendo a maior parte dos alienistas brasileiros adeptos dos ideais republicanos e positivistas desse movimento, isso se reflete também nas suas práticas e faz com que eles desejem se afastar das instituições despóticas, tal qual o asilo, e busquem um hospício enquanto lugar de produção de conhecimento (AMARANTE, 1994).

Engel (2001, p. 252) detalha esse período:

No Brasil, a Proclamação da República viabilizaria a implantação mais completa do projeto de medicalização da loucura. Consolidada como objeto exclusivo do saber e da prática alienista, a loucura seria efetivamente transformada em doença mental, o que implicaria, dentre outras coisas, a ampliação dos limites que definiam a insanidade mental [...].

Essa mudança se dá diante das inúmeras críticas dos médicos ao funcionamento dos hospícios, que não possuíam projetos assistenciais científicos, bem como, estavam sob o controle da caridade e da Igreja. O objetivo desse movimento era passar o comando da instituição psiquiátrica para o poder médico, para que ela pudesse contar com uma organização baseada em princípios técnicos, o que realmente acontece em 1890, quando o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa e passa a ser controlado pela administração pública, com a nova nomenclatura de Hospício Nacional de Alienados (AMARANTE, 1994; FONTE, 2012).

O empreendimento de transformar o atendimento aos loucos com base na ciência pode ser observado também da legislação que rege os serviços. No decreto nº 3244/1899 são apresentadas as funções dos diversos profissionais que compõem o corpo técnico dos hospícios e colônias do país, como médicos, internos, enfermeiros e farmacêuticos. Por exemplo, ao médico caberia “Visitar diariamente, às 8 horas da manhã, as respectivas secções e prescrever o tratamento a que devam ser submetidos os enfermos [sic]¹⁴” e ao farmacêutico “Preparar com o maior esmero os medicamentos” (BRASIL, 1899, s.p.).

Além da separação do Hospício Nacional de Alienados da administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, há outros dois avanços da consolidação da psiquiatria brasileira nessa época: 1) a criação da Assistência Médica e Legal de Alienados, em 1890 e 2) aprovação da lei federal de assistência médico-legal aos alienados, em 1903 com o Decreto nº 1.132. Começava-se assim a criar um aparato legal em torno da loucura (ENGEL, 2001).

Destacaremos primeiramente o decreto nº 1.132/1903, que traz uma inovação em relação aos documentos anteriores ao falar do louco e não apenas da organização da instituição que o abriga. Em seu artigo primeiro está escrito que “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados [sic]” (1903, s.p.), definindo assim a quem a instituição psiquiátrica se destinava. Segundo Szasz (1980) o argumento da *ameaça* é usado para justificar a necessidade de internação do louco, ainda que contra a sua vontade, sendo que esse perigo pode ocorrer em duas direções: o louco pode ser uma ameaça para os outros ou uma ameaça para si mesmo. Em ambos os casos, o hospício é o antídoto receitado para cessar o perigo.

¹⁴ Por se tratar de documentos oficiais, optamos por manter a grafia original.

Com a criação da Assistência Médico-legal dos Alienados, primeira instituição pública de saúde criada pela República, o modelo de atenção é redirecionado e passa a criar colônias para os alienados, que buscavam integrar essas pessoas na comunidade e no trabalho. O decreto nº 3.244 (1899, s.p.) estabelece que “as Colônias são exclusivamente reservadas a alienados transferidos do Hospício Nacional e capazes de entregar-se á exploração agrícola e a outras pequenas indústrias [sic]”. Um dos nomes mais importantes desse período é o do primeiro diretor da Assistência Médico-legal dos Alienados João Carlos Teixeira Brandão¹⁵ que durante a sua gestão ampliou o número de asilos no Brasil (AMARANTE, 1994).

Tentando atender as duas demandas da época – que o hospício fosse um lugar do saber médico e dentro do modelo das colônias agrícolas – é inaugurado em São Paulo, em 1898, o Hospício do Juquery. Orbitando em torno da figura de Franco da Rocha¹⁶, o Juquery busca ser o lugar da autoridade científica e do saber médico, oferecendo aos seus internos o que há de mais moderno no tratamento da loucura. Faz uma forte contraposição aos chamados hospícios leigos, uma vez que é o primeiro hospício brasileiro a possuir um núcleo de especialistas trabalhando (ENGEL, 2001).

O principal diferencial deste tipo de hospital colônia é depositar no trabalho a grande esperança de tratamento e reabilitação. Nesses espaços, o labor representava “uma forma de disciplinar os corpos e distrair as mentes, evitando, em muitos casos, a manifestação de atitudes de rebeldia, tais como fugas, agressões, etc” (ENGEL, 2001, p. 316).

Cunha (1986) aponta ainda uma outra função para a defesa da laborterapia: ajudar a custear o hospício. No Juquery, por exemplo, os loucos tidos como crônicos deveriam se levantar às 6 horas da manhã e cumprir uma jornada de trabalho de 7 horas diárias. Assim, o louco que até então era uma despesa para o governo, ao ser reintegrado a atividades produtivas, poderia arcar com os custos da sua permanência na instituição psiquiátrica. Foucault (2017) remarca que desde o início as casas de internamento têm também uma significação econômica, e por isso, estiveram diretamente associada com o

¹⁵ João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) nascido no Rio de Janeiro foi professor de clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, médico do Hospício Pedro II, tendo ocupado a direção do mesmo por vários anos e também foi nomeado diretor geral da Assistência Médico Legal de Alienados. Durante o seu mandato como deputado estadual pelo Rio de Janeiro empenhou-se pela aprovação do decreto nº 1.132, de 1903, considerada a primeira lei geral sobre a assistência aos alienados no país.

¹⁶ Francisco Franco da Rocha (1864-1933) foi um médico psiquiatra paulista formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi o idealizador do Hospital Psiquiátrico do Juquery e posteriormente seu diretor. Franco da Rocha foi um dos precursores da psicanálise e da laborterapia no Brasil.

trabalho. Essa significação aparece em duas frentes: a) esses locais retiram das ruas os ociosos (sejam os loucos ou os mendigos) e b) são fonte de mão de obra barata, que pode ser usada na própria instituição ou por empresas privadas.

Com objetivo de ampliar as instituições psiquiátricas no país, nesse período é criada a primeira instituição para cuidado de loucos no Paraná: o Asilo de Alienados de Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 1903, na cidade de Curitiba. Seguindo o padrão nacional, antes da instituição própria para os loucos, estes eram atendidos na Santa Casa de Misericórdia e na Cadeia Civil da cidade. Com a inauguração do Nossa Senhora da Luz, este passa a receber loucos não só de Curitiba, mas também recebe para internação pessoas do interior do estado do Paraná e de Santa Catarina (WADI, 2012).

O hospício Nossa Senhora da Luz foi inaugurado em 1903 num prédio construído especialmente para este fim, mas só ficou neste local até 1907, quando foi deslocado para uma segunda sede. Esta mudança ocorre porque o primeiro prédio foi requisitado pelo Governo do Estado para ser usado como penitenciária (OUYAMA, 2015). A partir deste episódio, é possível constatar como as instituições totais se parecem, tal qual as proposições de Goffman, pois um hospício é facilmente convertido em uma penitenciária.

Ainda nessa época, como mais uma tentativa de aproximar o tratamento da loucura da cientificidade, são criados os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, em 1905. Essa primeira iniciativa de divulgação científica da psiquiatria foi proposta por Juliano Moreira¹⁷ e Afrânio Peixoto¹⁸, dois médicos muito respeitados no campo (ENGEL, 2001).

Entretanto, mesmo com os avanços e com as modificações na atenção aos loucos, a assistência ofertada ainda não tem aprovação total da população, dos especialistas e da mídia, que denunciavam abusos nas páginas dos jornais. No Hospício Nacional de Alienados (Pedro II), os problemas são de superlotação, insalubridade e de que certos tratamentos (hidroterapia e eletroterapia, por exemplo) eram usados como

¹⁷ Juliano Moreira (1873-1933) foi um médico baiano formado pela Faculdade de Medicina da Bahia e posteriormente professor da mesma instituição. Fez viagens para a Europa onde assistiu diversos cursos de neurologistas e psiquiatras franceses, o que influenciou a sua maneira de compreender esse campo. Moreira foi diretor do Hospício Nacional de Alienados, onde aboliu práticas consideradas desumanas, e da Assistência Médico Legal de Alienados, onde criou o Manicômio Judiciário em 1921 no Rio de Janeiro.

¹⁸ Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947) foi um médico baiano formado pela Faculdade de Medicina da Bahia. Trabalhou como médico alienista no Hospício Nacional de Alienados e como professor na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Seus interesses acadêmicos iam para além da psiquiatria e da medicina, e seus trabalhos literários lhe garantiram a nomeação para a Academia Brasileira de Letras. Afrânio Peixoto foi também deputado federal pelo Estado da Bahia (eleito em 1924 e 1928).

castigo aos internos (ENGEL, 2001). Já no Juquery, mesmo tendo seus métodos terapêuticos embasados no trabalho braçal, este trabalho foi visto muitas vezes como exploração (CUNHA, 1986).

Nesta fase, entre os anos de 1919 e 1920, o Hospício Nacional de Alienados teve um interno ilustre: o escritor Lima Barreto. O escritor, que já havia sido internado anteriormente em 1914 em outra instituição, por razão de seus problemas com o álcool e delírios, volta a dar entrada num manicômio e escreve anotações sobre o seu cotidiano na instituição que são posteriormente publicadas com o nome de *Diário do Hospício* junto à obra *Cemitério dos Vivos*. Nesta obra, Lima Barreto (2004) relata a sua experiência:

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observação, que é a pior etapa de quem, como eu, entra aqui pelas mãos da polícia. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. [...]. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria (LIMA BARRETO, 2004, p. 19-20).

As anotações de Lima Barreto demonstram várias das características totalizantes da instituição, tais quais descritas por Goffman (1961). Ainda que o hospício requiesce para si o status de ser um local de cuidado, há muitos dos seus procedimentos que caminham na direção oposta, haja vista que o isolamento, a despersonalização e o controle excessivo dos internos podem trazer consequências negativas para o desenvolvimento das pessoas, sejam elas loucas ou não.

A grande marca dessa fase de assistência é a ampliação da concepção de quem é o louco e do que ele precisa. Se no período anterior o louco precisava ser controlado e era acolhido pela caridade, nessa fase busca-se ofertar um cuidado médico a essas pessoas, em locais geridos pela ciência. Apesar da grande diferença no entendimento do que é loucura em relação à fase anterior, isso não gera grandes transformações na formatação das instituições e dos cuidados.

O destaque fica então para a mudança de paradigma sobre a insanidade. Se antes a grande marca da loucura era a sua visibilidade e a capacidade de qualquer pessoa conseguir identificá-la, esta passa a ser um perigo escondido, que apenas os especialistas serão capazes de reconhecer. A loucura passa a ser uma natureza oculta do

seu portador e assim o alienista passa a ser imprescindível para a sociedade, já que é o único que pode protegê-la dessa ameaça silenciosa (CUNHA, 1986).

Momento três: da higiene mental à Psiquiatria Comunitária (1920 – 1963)

O terceiro momento da atenção ao louco no Brasil corresponde a mudanças conceituais em relação à compreensão do que é a loucura. A primeira dessas mudanças é introduzida pela figura de Juliano Moreira, que ocupou a direção da Assistência Médico-legal dos Alienados por 27 anos, e traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã de Kraepelin¹⁹, em substituição à francesa, que era seguida pelo seu antecessor Teixeira Brandão (AMARANTE, 1994, DICIONÁRIO, sem data).

Essa mudança paradigmática pode ser sentida na legislação sobre o assunto, que buscavam se afastar do tratamento moral proposto por Pinel, apostando em instituições cada vez mais biomédicas e tratamentos de cunho biológico (SILVA, 2014). Dessa época destacamos o Decreto nº 24.559/1934, que dispõe sobre a profilaxia mental dos doentes mentais, e mostra o seu poder reformador já no uso dos termos, ao não mais tratar dos “alienados”:

[...] Êsses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares deverão:

- a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispôr de pessoal idôneo moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;
- b) estar convenientemente instalados em edificios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação dos sexos convenientes distribuição de acôrdo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre;
- c) dispôr dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos [sic] (BRASIL, 1934, s.p.).

Também é desse período a criação dos primeiros ambulatórios de saúde mental, serviços clínicos abertos que poderiam lidar com os casos fronteiros e impedir a cronificação dos quadros clínicos (ENGEL, 2001).

A experiência do serviço ambulatorial [...] ilustra de maneira bastante clara como os meios de intervenção sobre a doença mental propostos e/ou colocados em prática pela psiquiatria dos anos 20 do século XX procuravam conciliar a reclusão com a prevenção, o que, entre outras coisas, assegurava a consolidação do território conquistado ao mesmo tempo em que viabilizava a

¹⁹ Emil Kraepelin (1856-1926), médico e professor universitário alemão, foi um dos fundadores da Psiquiatria moderna. Kraepelin propôs um modelo de compreensão em que as doenças psiquiátricas eram causadas por desordens genéticas e biológicas. As primeiras tentativas de elaborar uma classificação das doenças mentais e a descrição clínica da esquizofrenia (demência precoce) são de sua autoria.

transposição dos limites de atuação da psiquiatria para além dos muros do hospício (ENGEL, 2001, p. 306).

Num primeiro momento, os serviços de consultas externas são abertos junto aos hospitais psiquiátricos. Juliano Moreira abre um espaço para consultas diárias junto ao Hospital Nacional de Alienados em 1912. Em 1921, o serviço é estendido a Colônia de Alienados de Engenho de Dentro com a inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa (ENGEL, 2001). Cunha (1986) ainda destaca o fato de que os ambulatórios eram uma forma de garantir emprego aos profissionais da Psiquiatria que agora eram formados por várias universidades do país.

Ainda nessa fase, mais especificamente em 1923, é fundada por Gustavo Riedel²⁰ a Liga Brasileira de Higiene Mental, com o objetivo inicial de melhorar a assistência aos doentes mentais, através da renovação dos profissionais e das instituições psiquiátricas (COSTA, 1980). Outras iniciativas desse tipo foram a Liga Eugênica da América do Sul, criada em 1917 por Renato Kehl²¹, e a Liga Paulista de Higiene Mental, fundada em 1926 por Antonio Carlos Pacheco e Silva²² (CUNHA, 1986). Entretanto, na prática, com essas iniciativas a assistência psiquiátrica transformou-se em rigorosa ação de controle social.

Sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental, afirma Fonte (2012, p. 7):

As palavras de ordem da Liga eram 'controlar, tratar e curar' e os fenômenos psíquicos eram vistos como produtos da raça ou do meio, decorrentes de obscuros fatores biológicos ou orgânicos. A visão da vertente mais radical da Liga (...) guiava-se por um princípio moralizador e saneador dos comportamentos, pregando a pureza da raça ainda que fosse à custa da esterilização dos 'tarados e degenerados' (Grifos do autor).

A partir dessas ideias, os tratamentos receitados eram esterilização dos doentes mentais, fim da miscigenação racial, proibição da migração de indivíduos não-brancos e a instalação de tribunais de eugenia que deveriam definir quem poderia casar ou não, entre outras tarefas. Esse grupo também promoveu e divulgou (inclusive em

²⁰ Gustavo Kohler Riedel (1887-1934) foi um médico e alienista gaúcho. Durante a vida, ocupou os cargos de: diretor da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, diretor da Assistência Hospitalar do Distrito Federal e diretor da Assistência a Psicopatas. Foi presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental de 1923 a 1925.

²¹ Renato Ferraz Kehl (1889-1974) foi um farmacêutico, médico e escritor paulista. Defensor da eugenia, publicou inúmeros livros e artigo sobre o tema, bem como organizou o Serviço de Educação Sanitária da Inspetoria da Lepre e Doenças Venéreas e o Museu de Higiene da Exposição Nacional do Centenário da Independência.

²² Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988) médico paulista, especialista em neurologia e psiquiatria. Foi diretor do Hospício do Juquery. Participou como deputado da Constituinte de 1934. Também foi professor da cadeira de clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina da USP.

publicações científicas da época) a associação entre alcoolismo-pobreza e sífilis-população negra, representações sociais difíceis de desconstruir (COSTA, 1980).

O projeto da Liga era focado em programas educacionais e pedagógicos com o objetivo de prevenção, deixando de ter como alvo de cuidados a pessoa doente e a cura, passando a se dedicar aos indivíduos saudáveis. Os meios utilizados para tais fins eram palestras e a imprensa diária (jornais e rádio). Um exemplo dessas ações é a campanha antialcoolismo, que inclusive recebe apoio do governo federal pós Revolução de 1930 (COSTA, 1980; CUNHA, 1986; ENGEL, 2001).

Jurandir Freire Costa (1980), atenta para o fato de que ainda que possamos ver a influência do organicismo e da psiquiatria alemã da época no nazismo nesse grupo, não se pode afirmar que o fundamento da Liga era de todo psiquiátrico ou médico, bem como, que todos os psiquiatras compartilhassem desses pressupostos. O que o movimento eugênico fez foi tomar a frente de opiniões e valores que estavam presentes em determinadas camadas da sociedade brasileira, endossando os preconceitos culturais da época.

Outro acontecimento importante desse período ocorre em 1941, quando é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, que estava autorizado a firmar parcerias com os governos estaduais para criar novos hospitais psiquiátricos. Isso fez com que aumentasse o número de leitos psiquiátricos para internação e confirmou os macro-hospitais como a principal política pública do Estado (FONTE, 2012). Na década seguinte, o Ministério da Educação e Saúde é desmembrado²³, sendo criado então em 1953 pela lei nº 1.920 o Ministério da Saúde, “ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana [sic]”.

O período temporal compreendido nessa fase é marcado por muitas inovações no campo da saúde mental no mundo. Amarante (1994) cita algumas dessas mudanças: nos anos 30, surgem novos tratamentos como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Nos anos 40, o Hospício Nacional dos Alienados já está preparado com modernos centros cirúrgicos para praticar a lobotomia. Na década de 50, temos avanços na área da medicação e surgem os primeiros neurolépticos.

Apesar das técnicas como a eletroconvulsoterapia, a lobotomia e o choque insulínico serem considerados avanços no tratamento à loucura, nem todos os profissionais as consideraram técnicas terapêuticas. A psiquiatra alagoana Nise da

²³ O Ministério da Educação a partir desse momento passa a ser Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Silveira considerava que estes tratamentos estavam muito mais próximos da violência do que da cura, e por considerá-los agressivos e ineficazes se recusou a aplicá-los nos pacientes psiquiátricos (MAGALDI, 2018).

Com a recusa, a psiquiatra que trabalhava no Hospício de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro, foi transferida para o Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação em 1944, setor que se limitava a ofertar serviços braçais e de limpeza ao hospital e que foi completamente transformado por Nise. A psiquiatra passa a oferecer atividades artísticas (pintura, escultura, etc.) como uma forma de tratamento em “um ambiente de livre criação e de incentivo à produção espontânea, realizada em um contexto de valorização da convivência e do afeto catalisador” (MAGALDI, 2018, p. 75). As obras criadas pelos pacientes de Nise da Silveira foram abrigadas no Museu do Inconsciente, em funcionamento desde 1952, sendo que este nome foi escolhido pela psiquiatra pela grande influência de Carl Jung²⁴ em seu trabalho.

Quanto a entrada dos medicamentos no tratamento da loucura, com a promessa de ser a grande revolução do campo, nem sempre esta foi bem aceita pelas pessoas a quem esses medicamentos eram receitados. Uma das pessoas que rejeitou os neurolépticos foi Arthur Bispo do Rosário, importante artista plástico brasileiro e que produziu a maioria das suas obras dentro dos hospitais psiquiátricos por onde passou, que se recusava a tomar os medicamentos prescritos durante a sua internação na Colônia Juliano Moreira (RJ), pois acreditava que as drogas diminuía a sua imaginação e capacidade de trabalho (DANTAS, 2009).

Direcionando agora o nosso olhar para o estado do Paraná, Lima e Holanda (2015) afirmam que as práticas psiquiátricas são introduzidas de forma lenta no estado, onde esse processo é iniciado em 1903 com a construção do Hospício Nossa Senhora da Luz e só se consolida com a instauração da Cátedra de Psiquiatria na Universidade do Paraná em 1936. O concurso para essa cátedra foi intensamente coberto pela imprensa local, e o vencedor foi o psiquiatra Alô Ticoulat Guimarães, que tinha grande prestígio na cidade, chegando até mesmo a ser prefeito de Curitiba e figurar no imaginário popular com a expressão popular “o Doutor Alô mandou não contrariar” que era usada quando alguém contava uma história difícil de acreditar.

Ainda no Paraná, seguindo a política nacional, essa época é marcada por um aumento significativo de leitos psiquiátricos, com a criação de novas instituições

²⁴ Carl Gustav Jung (1875-1961) foi um psiquiatra e psicoterapeuta suíço que fundou a psicologia analítica, e trabalhou com a noção de inconsciente coletivo.

psiquiátricas, em especial o Sanatório Bom Retiro e o Hospital Colônia Adauto Botelho. Com essas novas instituições o cenário da atenção a loucura no Paraná fica assim definido:

No caso das primeiras instituições psiquiátricas paranaenses, o exercício da filantropia, aliado a práticas religiosas e à terapêuticas advindas do campo médico-psiquiátrico, e a presença tênue ou mesmo ausência do Estado representam marcas comuns do processo de constituição, existência e atuação delas. Ambas foram projetadas e tornaram-se possíveis pela ação de grupos religiosos – católicos ou espíritas – aliados a grupos de leigos, eminentemente figuras de destaque na sociedade local (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015, p. 1356).

Quando se trata das instituições espíritas, os autores estão falando da Federação Espírita do Paraná e do sanatório por ela administrada: o Hospital Psiquiátrico Bom Retiro. Inaugurado no ano de 1945 em Curitiba, o Hospital só começa a funcionar efetivamente 15 meses depois, já que houve muitos conflitos entre a medicina tradicional e o tratamento espiritual proposto para o Bom Retiro, além de entraves burocráticos e políticos. A solução que se encontrou foi um vínculo de complementaridade, onde o espiritismo trataria os pacientes que a psiquiatria – e a medicina tradicional – não conseguissem ajudar (LIMA e HOLANDA, 2015).

O Hospital Bom Retiro, bem como o personagem histórico do psiquiatra Alô Ticoulat Guimarães, ficaram conhecidos no país a partir dos relatos de Austregésilo Carrano Bueno publicados na obra *Canto dos Malditos* (2000) e que deram origem ao filme *O bicho de sete cabeças* da diretora Laís Bodanzky, que denunciam a violência praticada contra os pacientes naquela instituição. Em um dos trechos do livro, Carrano descreve sua experiência com a eletroconvulsoterapia:

Sentia-me um animal ferido e acuado, preso naquele quarto. Um garoto de dezessete anos, espinha na cara, barba nem pronunciada. Preso, esperando o choque! Um lugar que jamais sonhara conhecer. Preso, esperando o choque... [...] Esse eletrochoque é um terror, meu Deus! Porque fazem isso? (CARRANO, 2000, p. 77).

Carrano passou ainda por outra internação psiquiátrica e tornou-se um dos grandes defensores da Reforma Psiquiátrica. Seu livro chegou a ser censurado e proibido de circular a pedido dos familiares do Dr. Guimarães que diziam que o mesmo era uma difamação a sua memória (LIMA; HOLANDA, 2015).

O outro hospício construído nessa época foi o Hospital Colônia Adauto Botelho inaugurado em 1954, na cidade de Pinhais, que tem como particularidade ser o primeiro hospital psiquiátrico público do Paraná e que contou com um pavilhão de manicômio

judiciário até a década de 70. Wadi (2012) relata que a construção do Adauto Botelho foi proposta dentro do Plano Hospitalar Psiquiátrico proposto pelo SNDM com o objetivo de ampliar a assistência psiquiátrica no estado através de um hospital-colônia que era na época considerado como moderno, eficiente e menos dispendioso na época. Entretanto, poucos anos após a inauguração já eram denunciadas a sua superlotação, falta de recursos e ineficácia dos tratamentos adotados.

A terceira fase da atenção à loucura no Brasil é marcada pela grande polissemia de concepções sobre a loucura: desde o olhar humanístico do médico Juliano Moreira até a visão eugênica da Liga de Higiene Mental, passando pelas premissas da ciência e da religião. Todas essas visões aparecem nas equipes de direção das instituições psiquiátricas, instituições essas que se tornaram política de Estado, na tentativa de levar os macro-hospitais psiquiátricos para todas as regiões do país.

A compreensão da loucura também continua se ampliando nessa fase. Se num primeiro momento a loucura era visível e as instituições como o manicômio deviam promover a cura dos indivíduos loucos e no momento seguinte a loucura passa a ser invisível e uma ameaça constante, precisando da observação dos especialistas. Nesse terceiro momento ela deixa de ser individual e passa a ser coletiva. Se a loucura então ameaça todas as pessoas, o seu combate precisa ser redefinido, e ações de prevenção são colocadas em prática com as campanhas e os ambulatórios.

Momento quatro: Indústria da loucura (1964 – 1977)

A partir da instalação da ditadura no país, as instituições privadas ganham força na atenção à loucura e essa passa a ser uma espécie de indústria de produção em massa de loucos. Nas palavras de Amarante (1994, p. 79): “a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria”. A “indústria da loucura” que se instala nos manicômios privados, e era custeada pelo dinheiro público, faz com que as internações nas instituições particulares saltem de 14 mil em 1965 para 30 mil em 1970, sendo que no mesmo período as internações em instituições públicas permanecem estáveis (PITTA, 2011).

Essa história começa com a criação no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 60, que unifica os institutos de aposentadorias e pensões. Antes da unificação categorias profissionais, de acordo com as atividades que desenvolviam, possuíam Institutos de Previdência ou Caixa de Pecúlio. A partir da criação do INPS, o

Estado começa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, o que por um lado, amplia o acesso das pessoas aos serviços de saúde, mas por outro lado, gera um excesso de vagas, que ao serem preenchidas, gastam 97% da renda total dos recursos da saúde mental com internações na rede hospitalar particular (AMARANTE, 1994).

Essa política se manifesta com bastante força no Paraná, onde são abertas várias clínicas particulares de saúde mental, a maioria delas no interior, a partir de convênios entre o governo estadual e hospitais privados, o que gera uma descentralização da atenção à loucura, que antes se concentrava na capital e nos arredores. Um exemplo dessas novas clínicas é o Hospital Psiquiátrico de Maringá²⁵, fundado na década de 60, que agia no internamento dos loucos na medida em que a cidade crescia e se desenvolvia.

Com o aumento das instituições psiquiátricas houve também uma expansão da psiquiatria em si, uma vez que o discurso psiquiátrico se difunde no espaço social, sensibilizando as pessoas para a sua causa. Nesse processo, em 1967, cria-se a primeira associação constituída apenas por psiquiatras – Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Saúde Mental – desmembrada da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (BIRMAN; SERRA, 1988).

A expansão da instituição psiquiátrica para o interior do país vem acompanhada da tentativa de centralização e unidade por parte do Serviço Nacional de Doenças Mentais, que quer ter sob a sua autoridade todas as instituições, bem como, o controle das transformações das estruturas assistenciais dedicadas à loucura. Birman e Serra (1988) apontam que o SNDM é alçado a centro estratégico para o planejamento da Saúde Mental no Brasil e assim suas diretrizes políticas em prol da modernização da assistência psiquiátrica são legitimadas.

Essa ampliação nos serviços de assistência psiquiátrica nem sempre sensibilizou o Estado, em função disso, o SNDM propõe a Campanha Nacional de Saúde Mental através da qual poderia ter mais autonomia para cumprir os seus objetivos (BIRMAN; SERRA, 1988). Silva (2014) apresenta duas regulamentações da época que tratam das Campanhas de Saúde (Lei nº 5026 de 1966) e a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto nº 60252 de 1967), que são complementares entre si e que possibilitam a

²⁵ Uma particularidade interessante desse hospital é que ele foi fundado pelo médico Onofre Pereira de Mendonça, que também era artesão, e em função disso muitos tratamentos da instituição eram voltados para as manifestações artísticas e de criatividade (WADI, 2012; WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

associação entre serviços públicos e privados e que marca a saúde mental nessa época. Vejamos em detalhe parte do texto sobre a Campanha de Saúde Mental:

- I - Medidas de cooperação para a melhoria e ampliação das condições de socorro, assistência, tratamento e reabilitação de psicopatas, sua hospitalização e atendimento ambulatorial ou de outra natureza, em estabelecimentos públicos ou de interesse público;
- II - Promoção e realização, em todo o País de ampla e contínua atividade de psiquiatria preventiva, através de medidas e campanhas de higiene mental e de combate aos fatores que afetam a saúde psíquica do povo;
- III - Medidas, inclusive educacionais, destinadas à prevenção e combate ao alcoolismo, à dependência e à toxicomania e ao tratamento e recuperação de alcoólatras, dependentes e toxicômanos [sic] (BRASIL, 1967, s.p.).

Além da cooptação dos serviços particulares para prestarem serviços na assistência psiquiátrica, que ajudou a criar a “indústria da loucura”, na citação acima podemos perceber também que a preocupação das autoridades começava a se direcionar para a promoção, prevenção e educação em saúde mental. Esse decreto foi de suma importância para a área no Brasil já que ficou em vigor até a implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 90 (SILVA, 2014).

Durante essa fase, em especial a partir de 1970, há uma mudança conceitual no que tange às políticas públicas e que amplia os objetivos da assistência a loucura: a atenção passa a ser voltada para a saúde mental e não mais se restringir a doença mental. Esse novo referencial é embasado na Psiquiatria Comunitária norte-americana, em especial no projeto de Caplan²⁶, que entende a enfermidade como um evento biopsicossocial (BIRMAN; SERRA, 1988). A influência desse pensamento ainda pode ser sentida atualmente no modelo de Atenção Psicossocial.

Com essa mudança de referencial, Birman e Serra (1988) destacam o fato que o paciente internado passa a ser visto a partir da sua rede de relações, em especial da família, que passa a ser considerada no tratamento. Dessa forma, “o louco não é o único objeto de cuidados, mas a família que nas suas inter-relações se transforma num campo de igual relevo para a estratégia institucional” (BIRMAN; SERRA, 1988, p. 30).

Essas mudanças continuam em 1974, quando o campo da saúde mental, que até então não era prioritário para o Governo Federal, passa a ocupar um lugar estratégico e o Ministério da Saúde lança uma política global de saúde mental. Entre as inovações, Birman e Serra (1988) destacam que o sistema de saúde mental deveria contar com os níveis de prevenção primária para profilaxia; prevenção secundária para diagnóstico e

²⁶ Gerald Caplan (1917-2008): médico inglês, fez sua carreira na Universidade de Harvard, desenvolvendo modelos de prevenção para a saúde pública. Foi pioneiro nos estudos de psiquiatria comunitária, sendo sua obra mais famosa o livro “Princípios da Psiquiatria Preventiva”.

tratamento; e prevenção terciária para reabilitação, bem como o tratamento ambulatorial deveria ser preferido em relação ao hospitalar. Aqui temos uma primeira tentativa de desospitalização dos loucos e estas novas ações ficariam a cargo da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental).

Entretanto, na prática, a estratégia de desospitalização não obtém êxito. Para chegar ao objetivo de diminuir ou encurtar as internações, a Previdência Social, a partir de 1975, fixou critérios que relacionavam o tempo de internação com o valor pago. Isto posto, se a internação ultrapassasse quinze dias o valor pago pela diária pelo INAMPS era reduzido, forçando os serviços psiquiátricos a darem alta para evitar prejuízos. Todavia, se a medida diminuiu o tempo de internamento, aumentou os casos de reinternação (BIRMAN; SERRA, 1988).

Essas inovações também não serviram para mudar a experiência cotidiana de estar internado em uma instituição psiquiátrica. Birman e Serra (1988) realizam uma longa pesquisa em um serviço psiquiátrico universitário e assim descrevem a rotina da instituição na década de 1970: “tudo é programado zelosamente e repetido de modo interminável, numa rotina que estabelece o mesmo em cada despertar: hora de acordar, café matinal, medicação matinal, pátio, almoço, descanso, medicação da tarde [...]” (p. 41). A instituição almeja a ordem e para tal exerce um controle minucioso sobre os pacientes, em que tudo é decidido previamente pela equipe de profissionais, processo que ao não considerar a individualidade dos internos, pode gerar a deterioração da subjetividade.

Goffman (1961) explica esse fenômeno dizendo que a instituição psiquiátrica, enquanto uma instituição total tem uma tendência ao fechamento, ou seja, de tomar conta de uma parte de tempo (ou todo) do seu interno, enquanto o separa do mundo exterior, proibindo saídas ou mesmo através de barreiras físicas, como muros ou grades. A instituição total passa a ser o mundo do interno. Assim, ainda que se reforme a instituição, ela acaba sempre retornando a certos padrões de funcionamento que lhe são intrínsecos, numa espécie de eterno retorno do manicômio que acaba por desumanizar o interno.

Um exemplo dessa desumanização ocorre no episódio da venda dos cadáveres no Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais: dada as péssimas condições da instituição em relação à alimentação, higiene e atendimentos dos loucos, muitos vinham a falecer (cerca de 16 falecimentos por dia), com esse problema em mãos, a direção do Colônia encontrou a solução não em melhorar as condições do hospital, mas vendendo

os corpos dos falecidos, que se tornaram uma fonte de renda. Arbex (2013) estima-se que entre 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de internos do hospital foram vendidos para as faculdades de medicina da região, e quando a demanda por corpos foi saciada, estes passaram a ser decompostos em ácidos nos pátios do hospital, para que fosse feita a venda das ossadas.

Quanto ao período da ditadura militar brasileira outro fator que merece destaque em relação às instituições de saúde mental são as acusações contra o governo militar de que no sistema nacional de assistência psiquiátrica existia tortura, negligência, corrupção e fraudes. Esse fato, segundo Amarante (2013) desencadeia uma maior organização por parte daqueles que querem denunciar a utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social. A partir de então, se inicia a constituição de um pensamento crítico sobre as práticas médicas e psiquiátricas e as primeiras propostas de projetos alternativos ao modelo asilar dominante.

Momento cinco: Deflagração da Reforma Psiquiátrica (1978 – 1989)

A quinta fase da atenção aos loucos no país tem como questão central a Reforma Psiquiátrica, ao propor outra maneira de olhar para a loucura e cuidá-la. Se pensarmos em termos históricos, o movimento pela Reforma Psiquiátrica chega com um certo atraso ao Brasil, já que as nações europeias começam a erguer suas críticas contra o modelo psiquiátrico manicomial logo após a Segunda Guerra Mundial e essa discussão só começa a ser feita com maior abrangência por aqui na década de 70.

A Reforma Psiquiátrica brasileira também se inspira nas experiências estrangeiras de mudança no modelo assistencial, em especial nas Reformas promovidas na Europa e nos Estados Unidos. Essa influência pode ser percebida pela presença de grandes nomes reformistas que vieram para o Brasil no final da década de 70: Franco Basaglia²⁷, Michel Foucault²⁸, Ronald Laing²⁹, Felix Guattari³⁰, Robert Castel³¹, que

²⁷ Franco Basaglia (1924-1980): médico psiquiatra italiano. Dirigiu o Hospital Psiquiátrico de Gorizia e o Serviço Hospitalar de Trieste onde colocou em prática uma reforma psiquiátrica que ficou conhecida como Psiquiatria Democrática. Participa das discussões que levam a aprovação da Lei 180 (1978) que é a lei de reforma psiquiátrica italiana.

²⁸ Michel Foucault (1926-1984): importante filósofo francês que contribui para o campo da saúde mental com a sua obra “História da Loucura na Idade Clássica”

²⁹ Ronald David Laing (1927-1989): psiquiatra britânico, que influenciado pelo existencialismo, promove outra forma de compreender os transtornos mentais, diferente da proposta da psiquiatria tradicional.

³⁰ Félix Guattari (1930-1992): filósofo francês partidário da Reforma Psiquiátrica. Junto com Gilles Deleuze criou a Esquizoanálise.

vinham participar de seminários e congressos nas Universidades, mas também visitar nossos manicômios e coletar informações sobre a situação brasileira (PITTA, 2011).

Neste estudo, embasados na obra de Amarante (2010), chamamos de Reforma Psiquiátrica os movimentos que, para além da crítica, começam a efetivamente se organizar em projetos mais delimitados, no sentido de formar um conjunto de enunciados, propostas e intervenções práticas para o abandono da lógica manicomial. O movimento que impulsiona a Reforma Psiquiátrica brasileira é o mesmo que luta pela Reforma Sanitária e que dá origem ao SUS - Sistema Único de Saúde (YASUI, 2010).

Antes de falarmos sobre a Reforma Psiquiátrica, precisamos nos deter no movimento da Reforma Sanitária, que também teve papel importante na transformação do atendimento ao louco no Brasil. A premissa básica desse movimento, segundo Paim (2008), é que as práticas de saúde sejam reconhecidas não só por sua natureza técnica, mas também como práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas. A partir dessas proposições, há uma ampliação de significados do que se entende por saúde e essa passa a ser vista como um direito de todos e dever do Estado, premissa central do desenvolvimento do SUS.

A Reforma Sanitária no Brasil começa na década de 70, com o objetivo de buscar a democratização da saúde, o que seus partidários não achavam possível ocorrer durante uma ditadura, por isso essa luta era também uma luta pela democratização do país³². Como forma de organização, estudantes, professores, setores populares e entidades profissionais de saúde criaram em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que passou a defender mudanças na assistência em saúde, em prol de um modelo descentralizado e democrático, garantindo a participação social na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (PAIM, 2008).

Voltemos à loucura. O marco inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá no episódio que ficou conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) em 1978. Como já vimos, DINSAM era um órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental e controlava as instituições psiquiátricas. Em quatro dessas instituições – Centro

³¹ Robert Castel (1933-2013) foi um sociólogo francês. Dirigiu na França a Escola de Altos Estudos de Ciências Sociais (EHESS) e o Centro de Estudos dos Movimentos Sociais (EHESS-CNRS). Entre os seus interesses de pesquisa estavam a psiquiatria e a doença mental.

³² Paim (2008) diferencia a Reforma Sanitária de uma reforma no setor de saúde, justamente porque a primeira pretende transcender o setor, assim, a Reforma Sanitária pretende “intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população” (p. 30).

Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos no Rio de Janeiro – houve uma greve dos profissionais que não eram concursados para trabalhar no serviço e ali eram contratados como “bolsistas”, mesmo ocupando cargos de chefia (AMARANTE, 2013).

Se a greve teve como motivação denunciar as péssimas condições de trabalho, denunciou também as situações de violência que ocorriam dentro das instituições. Num primeiro momento, as reivindicações dos profissionais grevistas eram por melhores condições salariais, melhores condições para o atendimento dos pacientes, contra o autoritarismo da instituição, entre outras. O crescimento e organização desse grupo culminou com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro em 1978, que no mesmo ano se torna um movimento nacional, contando com a participação de profissionais de todas as categorias que atuam na saúde, assim como simpatizantes não-técnicos da saúde.

Conforme o movimento vai se organizando, as suas posições ficam mais claras. Yasui (2010) aponta que os partidários da Reforma Psiquiátrica buscavam romper com a racionalidade psiquiátrica que se voltava apenas para a doença, os sintomas e o diagnóstico e desconsiderava a pessoa e o seu sofrimento. Em função disso propunham uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, defendiam a revisão da legislação psiquiátrica, a ampliação da rede extra-hospitalar, bem como, a criação de novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a participação da comunidade nesses serviços. Essas demandas tomam forma no lema “Por uma sociedade sem manicômios” que foi pactuado em 1987, durante o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, interior de São Paulo (PITTA, 2011).

No final dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha um novo ator importante: os familiares, que se organizam em associações, sendo que a primeira delas surge no Rio de Janeiro, em 1978, e chama-se Sociedade de Serviços Gerais para a Integração (Sosintra). Logo depois se formaram o Grupo Loucos pela Vida de Juquery, a Associação Franco Basaglia com sede em São Paulo, a Associação Franco Rotelli de Santos e o grupo SOS Saúde Mental. Desvrat (2015) remarca como uma importante característica da Reforma Psiquiátrica brasileira a sua capacidade de transcender a fronteira profissional e se tornar também uma bandeira de luta mais ampla que congrega familiares e usuários. Na Europa, essa dimensão da participação social é bem menos expressiva.

Além da organização dos próprios encontros e congressos, os usuários e familiares participam dos congressos “oficiais” como delegados e representantes da sociedade civil. Amarante (2013) destaca a participação das organizações de usuários de saúde mental e familiares, por exemplo, na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um importante marco pela luta da Reforma Sanitária no Brasil.

A partir do momento em que o processo da Reforma Psiquiátrica sai do âmbito exclusivo dos profissionais biomédicos e chega aos usuários, aos familiares e a sociedade civil como um todo, surge uma nova estratégia de luta, através de ações culturais. São blocos de carnaval (Tá pirando, pirado, pirou, no Rio de Janeiro; Bibi tantã, em São Paulo; Lokomotiva, em Natal; entre outros), caminhadas (em várias cidades do país no dia 18 de maio que foi escolhido como Dia Nacional da Luta Antimanicomial) e televisões e rádios comunitárias com a temática da saúde mental (TV Tam Tam, em Santos; TV Pinel, no Rio de Janeiro; TV Parabolinoica, em Belo Horizonte; entre outras) que tentam levar a Reforma Psiquiátrica para as discussões cotidianas de todas as pessoas, não só daquelas envolvidas nesse processo (AMARANTE, 2007, 2013; YASUI, 2010).

Nessa época tivemos duas experiências pioneiras de atenção à loucura fora dos hospitais psiquiátricos: a criação do primeiro CAPS em São Paulo em 1987 e a mudança na forma de assistência aos loucos a partir de 1989 em Santos (SP). O pioneiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi organizado a partir de um grupo de técnicos que atuavam em um ambulatório de saúde mental e foi a primeira experiência desse tipo no país, que depois acabou se tornando o serviço base da atenção psicossocial (YASUI, 2010).

Dentro de um contexto onde surgiam diversas experiências inovadoras de atenção à loucura, o CAPS Luiz Cerqueira recebe um lugar de destaque por oferecer um modo de cuidar articulado com o território, onde não era necessário internar a pessoa para ofertar o tratamento. Esta articulação dispensava o internamento da pessoa para que o tratamento realizado. Com essa premissa, o CAPS passa a cuidar dos pacientes psiquiátricos e, também, das famílias, das moradias, do trabalho, tudo isso no local onde ocorrem os encontros e as trocas intersubjetivas dessas pessoas (PITTA, 2011).

Já a cidade de Santos produziu uma experiência singular em saúde mental que abrangia duas grandes características da Reforma Psiquiátrica: adentrar o aparelho estatal para poder participar das decisões e, a partir disso, desencadear (e conseguir

sustentar politicamente) um processo de transformação no modelo de atenção à saúde mental (YASUI, 2010).

Essa experiência começou em maio de 1989, quando a Secretaria de Saúde de Santos, após denúncias de violência e óbitos, interviu no hospital psiquiátrico privado Casa de Saúde Anchieta com o objetivo de fechá-lo. Esse ato inicial desencadeou as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico com características substitutivas ao modelo manicomial. Com o apoio da prefeitura foram instalados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações e residências, num processo que é um marco importante na psiquiatria pública nacional (AMARANTE, 2013).

No intuito de montar os serviços territoriais (NAPS), o hospital foi dividido em cinco mini-equipes, cada uma responsável por uma determinada região de Santos. As equipes organizaram-se a fim de construir os NAPS e realizar a desativação da Casa de Saúde Anchieta. O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, na zona noroeste de Santos. Pouco tempo depois foram inaugurados outros quatro serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da Casa de Saúde Anchieta. Tal período é caracterizado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores de saúde mental do município (KODA; FRENANDES, 2007, p.1456).

Continuando a análise, Koda e Fernandes (2007) correlacionam as instituições com o contexto onde elas estão inseridas, com a cultura, os valores e as normas que norteiam as ações das pessoas, sendo que nas instituições de saúde mental essas correlações também estão presentes. Assim sendo, não é possível pensar a mudança ocorrida no atendimento à saúde mental na cidade de Santos sem considerar os aspectos sociais e políticos envolvidos nesse processo, como o engajamento da gestão municipal e dos profissionais³³.

Ainda nessa fase, em meio a muitos eventos e acontecimentos importantes para a Reforma Psiquiátrica (entre eles: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental), ocorre a apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, de autoria do deputado federal mineiro Paulo Delgado³⁴, que propõe a extinção dos manicômios e sua

³³ A implantação dos NAPS em Santos ocorreu durante o mandato de Telma de Souza, do Partido dos Trabalhadores, no mandato entre 1989 e 1992. O seu sucessor foi David Capistrano Filho, também do Partido dos Trabalhadores, que governa até 1996. Em 1997, o Partido dos Trabalhadores perde a eleição para a prefeitura da cidade de Santos, sendo substituído pelo Partido Progressista, na figura do prefeito Paulo Roberto Gomes Mansur, sendo que nessa época os NAPS começam a ser desarticulados.

³⁴ Paulo Gabriel Godinho Delgado (1951-) sociólogo e professor universitário mineiro foi deputado federal por seis mandatos a partir da Constituinte iniciada em 1987. É um dos fundadores do Partido dos

substituição por serviços extra-hospitalares. Este projeto dará o tom do movimento e dos debates do setor com toda a sociedade, nos anos 1990.

As principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir desse Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo em que algumas associações de usuários e familiares foram constituídas em função dele. Umas contrárias, outras a favor, o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiram boa parte do interesse nacional (AMARANTE, 2013, p.84).

Neste contexto, mais uma vez, podemos nos remeter as ideias de Bendix (1996) ao perceber como certos grupos defendem o novo modelo, enquanto outros preferem a manutenção da tradição. Além de gerar polêmica, o Projeto de Lei nº 3.657/89 trouxe também grandes avanços. Estimulados pela ideia de uma lei que seguisse os preceitos da luta antimanicomial, vários estados elaboraram e aprovaram as suas próprias leis para a assistência em Saúde Mental, entre eles: Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte (AMARANTE, 2013).

A luta pela Reforma Psiquiátrica e pela transformação dos modos de atenção à loucura chega também nas instituições do Paraná. O Hospital Santa Cruz, por exemplo, que foi fundado em 1972 e especializou-se no atendimento a pacientes psiquiátricos, passa por mudanças nessa época, onde ocorre a redução de leitos, aumento do número de profissionais, aquisição de medicamentos mais sofisticados e o abandono de algumas técnicas de tratamento, como a eletroconvulsoterapia (WADI, 2012).

Nesse período também surge o primeiro Hospital-Dia do Paraná: a clínica Heidelberg. Segundo Wadi (2012), a clínica é fundada em 1885 e fazia o atendimento em regime integral. Algum tempo após a sua fundação, a clínica passou também a oferecer tratamento em regime parcial e semi-hospitalar, onde os pacientes passavam uma parte do dia no hospital e o tempo restante nas suas atividades sociais na comunidade.

Nessa fase já se nota com mais força como a mudança na compreensão sobre a loucura altera significativamente o cuidado ofertado, embora a mudança chegue pela luta dos movimentos sociais e não pela força da lei. Com a posição de confronto aos ideais manicomiais e um olhar direcionado às pessoas e não mais à doença, os partidários da Reforma Psiquiátrica propõem novos serviços e mudam as práticas das

instituições manicomiais onde atuam, em prol de um cuidado individualizado e na comunidade.

Momento seis: Institucionalização da Reforma Psiquiátrica (1990 – 2002)

O marco inicial dessa fase é a Declaração de Caracas, firmada em 1990, que coloca a questão da saúde mental nas agendas governamentais dos países do continente americano. Esse documento foi elaborado durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde e assinado por organizações, associações, autoridades, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas que participaram do evento.

A Declaração de Caracas buscou mobilizar os países envolvidos em dois sentidos: a construção de uma rede de serviços substitutivos e desmantelamento dos hospitais psiquiátricos, conforme podemos observar no trecho abaixo, que relata as conclusões sobre a rede de assistência existente no continente:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental (1990, s.p.).

Na época da conferência, o projeto de lei de Paulo Delgado ainda repercutia bastante no país e a influência desses dois documentos começou a gerar mudanças, como podemos observar nas portarias ministeriais sobre a atenção à loucura que propunham novos serviços em substituição ao hospital psiquiátrico. Essas mudanças também foram sentidas nos estados brasileiros, dentre eles o Paraná, que ganhou grande destaque ao promulgar a lei estadual nº 11.189, em 9 de novembro de 1995, de autoria do Deputado Estadual Doutor Rosinha (Florisvaldo Fier – PT).

O texto da Lei 11.189/95 é bastante enxuto e busca promover a substituição dos serviços hospitalocêntricos por outros de caráter comunitário, além de normatizar como devem ser os serviços de atenção à saúde mental, quem pode ser internado e em que condições. Assim, se preocupar com o louco, o texto da lei tenta garantir seus direitos:

Art. 1.º Com fundamento em transtorno da saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5.º, inciso LIV da Constituição Federal. Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão (PARANÁ, 1995, s.p.).

Outras importantes ações também ocorreram no Paraná nessa época: 1) estabelecimento de um perfil de equipe para atuar em saúde mental, no ano de 1991 na cidade de Curitiba, que deveria contar com profissionais da psiquiatria, psicologia e enfermagem; 2) ainda em Curitiba, em 1993 foi criado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e 3) Londrina, a partir de 1996, também passou a contar com um NAPS que oferecia atendimento 24 horas por dia, com oficinas terapêuticas e grupos de convivência (WADI, 2009).

Com as mudanças já em andamento na maioria dos estados do Brasil, finalmente a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, é outorgada com o objetivo de garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e, é a partir dela que as transformações no modo de compreender e atender a demanda em saúde mental já iniciadas no país ganham força. O grande diferencial que a supracitada lei traz é que a internação psiquiátrica passa a ser a última opção no tratamento dos transtornos mentais, deixando de ocupar o lugar preferencial que ela até então possuía:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
 § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
 § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
 § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º (Brasil, 2001, p--).

O modelo instituído após a Lei 10.216 fica conhecido como Atenção Psicossocial e é construído, segundo Carvalho (2013), a partir de um conceito mais amplo de saúde e doença, que engloba os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A Atenção Psicossocial propõe um cuidado interdisciplinar, no qual, através de diferentes abordagens metodológicas e terapêuticas, é possível direcionar a atenção não só para o usuário, mas também para os familiares, os profissionais e a comunidade de modo geral.

Para colocar em prática a Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde adota como modelo de serviço substitutivo os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que passam a ser amplamente implantados no Brasil a partir da Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde, que define as diretrizes para o funcionamento dessa instituição. Assim sendo, os CAPS:

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004a, p. 12).

Tendo como característica central ser um serviço aberto e comunitário de saúde, os CAPS se apresentam em diversas modalidades³⁵, de acordo com a população atendida (Transtornos mentais graves e severos, Álcool e Drogas, Infanto-juvenil) e com o número de habitantes da cidade em que se instala (I, II, III). Os Centros de Atenção Psicossocial têm a função de organizar e fazer o direcionamento local das políticas de saúde mental (BRASIL, 2004a).

Nessa fase, portanto, ocorre a grande virada em relação a legislação de saúde mental no Brasil. Com uma legislação inovadora na área, pelo menos no texto da lei, deveria ocorrer uma grande mudança nos serviços, com o fechamento das grandes instituições psiquiátricas e a implantação em larga escala dos CAPS. Entretanto, nem sempre foi possível cumprir o que a lei pregava e na velocidade com que se esperava, principalmente em função do financiamento dos novos serviços e da falta de identificação dos gestores com o modelo de Atenção Psicossocial.

Momento sete: Consolidação da Reforma Psiquiátrica (2003 – 2010)

Durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir do ano 2003, os resultados da luta pela Reforma Psiquiátrica começam a aparecer na redução de leitos psiquiátricos nos macro-hospitais do país, no fechamento de vários hospitais psiquiátricos e na expansão de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção

³⁵ Em cidades com população entre 20 e 70 mil habitantes instala-se o CAPS I. O CAPS II atende cidades com população entre 70 e 200 mil habitantes e CAPS III para cidades com mais de 200 mil habitantes. Ainda existem os CAPSi para o atendimento de crianças e adolescentes e os CAPSad para atendimento de usuários de álcool e drogas que devem ser instalados em cidades com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2004a). No caso em que as cidades sozinhas não possuem população suficiente para abertura de um serviço, existe a possibilidade de um consórcio intermunicipal que garantirá as condições para abertura de um CAPS que atenda mais de um município.

Psicossocial (FONTE, 2012). Para Pitta (2011), essa é a fase onde ocorrem os avanços mais consistentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No que diz respeito à atenção hospitalar, o Ministério da Saúde trabalha em duas frentes – avaliação e redução de leitos – para atender as demandas da Lei 10.216/2001:

Esta redução gradual, pactuada e programada de leitos têm sido realizada com base em dois mecanismos gerenciais. O primeiro deles, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, pautado no cumprimento da PT GM/MS n.251/2002, vem realizando processos avaliativos em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. O segundo mecanismo, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), estabelecido pela PT GM/MS n.52/04, promove a redução progressiva e pactuada de leitos hospitalares psiquiátricos (BRASIL, 2011a, p. 6).

Os resultados do PNASH/Psiquiatria mostraram que no Paraná não existia nenhum macro-hospital psiquiátrico (acima de 400 leitos), nem mesmo hospitais de grande porte (de 241 a 400 leitos), havendo na época da referida pesquisa, seis instituições psiquiátricas no estado: quatro de pequeno porte (até 160 leitos) e duas de médio porte (entre 161 e 240 leitos). Não nos ateremos nos demais resultados dos programas de avaliação e reestruturação hospitalar dada a brevidade deste estudo, todavia, eles servem para mostrar com esse foi um período rico de políticas públicas para a área de saúde mental, bem como de iniciativas que visavam à consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

Além desses importantes avanços na área hospitalar, é nessa fase que ganham força dois importantes instrumentos de desinstitucionalização das pessoas que passaram por longas internações em instituições psiquiátricas: 1) a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 2) o estabelecimento do Programa de Volta para Casa. Essas duas ações visam garantir um lugar na comunidade para as pessoas com transtornos mentais através de moradia e auxílio financeiro.

Regulamentado desde o ano 2000, pela Portaria nº 106 do Ministério da Saúde, o SRT passa a ser um modelo de reinserção social a nível nacional a partir de experiências exitosas de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS). Esse serviço constitui-se como uma moradia destinada às pessoas com transtornos mentais, localizada em espaço urbano, onde podem morar entre uma e oito pessoas, que contam com apoio profissional para atender as suas necessidades, bem como, com o suporte da rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2004b).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, em 2004, com apenas quatro anos de regulamentação dos SRT's, o Paraná já possuía cinco unidades do dispositivo, que abrigavam 57 pessoas. Apesar do movimento pioneiro do estado, esse foi feito de forma irregular no território, sendo que os cinco serviços se localizam na capital (Curitiba) ou na região metropolitana (Campina Grande do Sul e Pinhais).

Em relação ao programa De Volta Para Casa, esta é uma iniciativa de ressocialização de pacientes internados em unidades psiquiátricas por no mínimo dois anos, através de pagamentos mensais. A Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, regulamenta o benefício que fica assim definido: “auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais” (2003, p.01).

A consolidação da Reforma Psiquiátrica nesta fase pode ser corroborada pelos dados em saúde mental no Brasil. Em 2002 existiam 424 CAPS e em 2010 esse número passa para 1650; quanto as SRT, em 2002 eram 85 e em 2010 já existiam 570 unidades; em relação aos leitos psiquiátricos, os dados são decrescentes e apontam que se em 2002 havia 51.393, em 2010 esse número cai para 32.735 leitos. Outro dado que chama a atenção é que até 2010, 3.635 pessoas já haviam sido beneficiadas com o programa “De volta para casa” (PITTA, 2011).

Entretanto esse processo não ocorre sem resistência. Edmar Oliveira que assumiu a direção do Instituto Nacional Nise da Silveira (antigo Engenho de Dentro) desde 2000, relata algumas das dificuldades enfrentadas para implantar as reformas no livro *Ouvindo Vozes* (2009). Passamos a listar alguns desses obstáculos: a) Resistência dos próprios profissionais de saúde que acabavam por sabotar os novos fazeres advindos da Reforma Psiquiátrica; b) burocracia do setor público; c) dificuldade em convencer os serviços substitutivos e as emergências dos hospitais gerais a fazerem a atenção a crise, diante da necessidade de desativar a emergência psiquiátrica dentro do hospício, que funcionava como um poder de polícia e fonte de isolamento; d) o posicionamento dos moradores da vizinhança que não aceitavam as SRT's e f) descobrir o nome daqueles que não o tinham, bem como suas histórias, para então providenciar documentos de identidade.

Nessa fase, ao mesmo tempo que os serviços de Atenção Psicossocial são instalados no país, as políticas e os cuidados ainda circulam em torno da instituição manicomial com o objetivo de enfrentá-la, sendo possível perceber duas frentes de ação: a extinção dos grandes hospitais psiquiátricos e a melhoria das instituições menores e a

diminuição dos danos que o hospital psiquiátrico já provocou através das políticas de desinstitucionalização e reinserção social.

Momento oito: Constituição da Rede de Atenção Psicossocial (2011-)

A oitava fase da atenção à loucura no Brasil é iniciada em 2011, com a Portaria nº 3.088/11 do Ministério da Saúde que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa portaria vem com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para pessoas com transtornos mentais como para pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, dentro dos preceitos da Atenção Psicossocial.

Como já vimos anteriormente, na Atenção Psicossocial os CAPS têm lugar estratégico, centralizando as ações em saúde mental e gerenciando o deslocamento do usuário dentro da rede de atenção. Entretanto, na prática, as equipes dos CAPS encontram dificuldades para exercer eficientemente o controle central da assistência em saúde mental. Além disso, o Ministério da Saúde sente necessidade de fazer ajustes na oferta de atenção à loucura, criando uma rede de atendimento através da qual as pessoas poderiam receber atendimento em saúde mental em diferentes níveis de atenção à saúde³⁶. Para sanar esses problemas, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Aqui podemos identificar uma mudança de direção nas normativas, que neste momento buscam realmente criar um sistema novo de atenção, e não mais apenas ajustar as instituições existentes ou implantar serviços substitutivos. No nosso entendimento, a RAPS não mais responde ao modelo manicomial, ela busca qualificar o atendimento as pessoas com Transtornos Mentais aprimorando o modelo de Atenção Psicossocial ao retirar a hierarquia dos serviços de atenção à saúde mental e habilitar outros dispositivos para atuar na rede. Cada um desses locais de cuidado é acionado para desempenhar ações específicas em saúde mental, que convergem, formando um todo integrado.

Os dispositivos que integram a RAPS são:

I - Atenção Básica em Saúde;

³⁶ Isso ocorre porque nem todas as demandas de saúde mental se tratam necessariamente de transtornos mentais, que são atendidos no serviço especializado (CAPS) em função de sua gravidade e cronicidade. Com a RAPS, os casos de sofrimento psíquico mais leves, que não constituem um diagnóstico psiquiátrico, podem ser atendidos na Atenção Básica, enquanto crises pontuais podem ser acolhidas pelos serviços de Urgência e Emergência, por exemplo.

II - Atenção Psicossocial Especializada;

III - Atenção de Urgência e Emergência;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;

V - Atenção Hospitalar;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização;

VII - Reabilitação Psicossocial

Quanto ao dispositivo I, é preciso esclarecer que anteriormente já houve experiências de cuidado em saúde mental na atenção básica, como os projetos desenvolvidos ainda na década de 70 no Rio Grande do Sul, em São José do Murialdo, e no estado de São Paulo, em Campinas e em São Paulo (PITTA, 2011), mas esta é a primeira vez que este tipo de atuação fica explícito na legislação. No âmbito da RAPS, cabe a atenção básica, desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado às pessoas com diagnóstico de transtorno mental, ações de redução de danos e cuidado para pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas e o apoio matricial aos outros pontos da rede (BRASIL, 2011).

Os serviços de atenção básica envolvidos no atendimento à saúde mental compreendem: 1) Unidade Básica de Saúde (UBS), que se caracteriza como um posto de atendimento para uma população em um território específico e costuma ser a porta de entrada para o SUS; 2) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por uma equipe multiprofissional que oferece apoio matricial; 3) Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) – uma equipe multiprofissional que tem como foco a ação na comunidade, acompanhando os indivíduos e as famílias ao longo do tempo; 4) Consultórios de Rua que contam com uma equipe que atua de forma itinerante prestando cuidado à população em situação de rua; e 5) Centros de Convivência que são espaços de sociabilidade e atividades culturais. Na atenção básica destacamos também o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que tem o papel fundamental de articular a equipe de saúde com a população de um determinado território atendido pela UBS (BRASIL, 2009; 2011).

O dispositivo II – Atenção Psicossocial Especializada – compreende todas as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III, i, AD) que já foram anteriormente apresentadas. O CAPS é o serviço especializado em saúde mental, sendo constituído por equipe multiprofissional (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, entre outros), que atende as pessoas com transtornos

mentais de uma determinada área territorial sob a ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

O próximo dispositivo (III) é constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Salas de Estabilização, as Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e os serviços de urgência e emergência dos hospitais, sendo responsáveis pelo acolhimento, cuidado e classificação de risco das pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de álcool e drogas em um momento de crise. Esse dispositivo inclui tanto os serviços de atendimento móvel que ofertam cuidados pré-hospitalares quanto o cuidado hospitalar (BRASIL, 2009; 2011).

O quarto dispositivo da RAPS é acionado quando as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas precisam ser acolhidas em um serviço residencial, sendo que este sempre tem caráter temporário. Entre essas ações estão as Unidades de Acolhimento (para casos de vulnerabilidade social e/ou familiar) e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais as Comunidades Terapêuticas, (para os casos que necessitam cuidados contínuos em saúde), sendo que o tempo máximo de permanência é de 6 meses para as Unidades de Acolhimento e de 9 meses para as Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2011).

A Atenção Hospitalar faz parte da RAPS e é realizada em enfermarias especializadas em hospitais gerais ou Serviço Hospitalar de Referência e não mais nos macro-hospitais psiquiátricos. Dentro deste dispositivo (V) estão previstas internações de curta ou curtíssima duração para às pessoas em sofrimento psíquico, com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, até a estabilização do quadro clínico (BRASIL, 2011).

O dispositivo VI – Estratégias de Desinstitucionalização – trata dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa de Volta para Casa que já foram apresentadas anteriormente neste texto, assim, passamos para o item VII. A Reabilitação Psicossocial busca a inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental e que fazem uso de álcool e outras drogas, e compreende as cooperativas sociais e os empreendimentos de economia solidária, ou seja, não são ações de saúde propriamente ditas, mas sim, ações que podem ser coordenadas com os serviços da RAPS (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços na área, ainda existem dificuldades que precisam ser encaradas, como nas políticas para usuários de álcool e outras drogas que vêm muitas

vezes na contramão do modelo de Atenção Psicossocial e são usadas para manter a máquina manicomial. Vejamos o caso do Paraná:

[...] os leitos para “transtornos mentais” em sentido estrito estão sendo fechados nas instituições especializadas paranaenses, mas em seu lugar – por vezes no número exato dos leitos fechados – tem sido implantados leitos para usuários de álcool e outras drogas. Essa é uma política do estado do Paraná, que mantém as estruturas hospitalares especializadas (segmentadas, fechadas) funcionando quase da mesma forma, mantendo, assim, vivo também o antigo paradigma médico-psiquiátrico, ainda que revisitado (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015, p. 1366. Grifo dos autores).

Segundo Pitta (2011), para resolver o problema de saúde pública que envolve os usuários de álcool e outras drogas surge como resposta as “comunidades terapêuticas”, mas que estas precisam ser observadas com atenção, pois no lugar de oferecer cuidado pode oferecer apenas enclausuramento diante da falta de uma ação mais eficiente do Estado. As comunidades terapêuticas são instituições que ofertam, em regime de residência, procedimentos de desintoxicação e tratamento para pessoas que fazem uso de drogas. O tempo de permanência na instituição é flexível de acordo com o programa terapêutico de cada pessoa (BRASIL, 2001).

Em 2012, o estado do Paraná alcança o índice recomendado pelo Ministério da Saúde para a cobertura dos CAPS: um CAPS para cada cem mil habitantes. Havia naquele momento 106 Centros de Atenção Psicossocial para uma população de quase 11 milhões de habitantes, o que se considera uma cobertura muito boa. Apesar dos bons números, a assistência dos CAPS é irregular nas grandes cidades, onde o número de unidades é menor que o recomendado. Nas cidades pequenas a falta de CAPS se repete, já que 80% das cidades do Paraná tem uma população abaixo de 20 mil habitantes, número necessário para a instalação do serviço (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

Entretanto, apesar dos avanços na área de saúde mental, a configuração predominante no Paraná continua aquela iniciada na década de 60, com os acordos público-privados nas instituições. Assim, conforme afirmam Wadi, Olinto e Casagrande (2015, p. 1354) “o hospital especializado, mais ou menos modernizado, persiste como a estrutura principal, a despeito da existência de vários outros equipamentos assistenciais, preconizados pelas leis de reforma psiquiátrica federal e estadual”.

Olhando para trás, e revisitando todas essas etapas da história da atenção às pessoas com transtorno mental no Brasil, podemos perceber como essa é uma história

repleta de mudanças, críticas e reformas, mas também cheia de permanências. Nas palavras de Wadi:

Vivemos assim, uma época de intensas transformações no cenário da assistência psiquiátrica ou da atenção psicossocial brasileira, convivendo com diferentes instituições e práticas terapêuticas e assistenciais, muitas das quais originárias de tempos idos, que sofreram transformações, mas mantém resquícios das formas tradicionais de assistência. Isto ocorre a despeito das mudanças reivindicadas, das ações empreendidas e de um aparato legal novo que demonstram, por outro lado, o avanço inegável da Reforma Psiquiátrica brasileira (WADI, 2009, p. 78).

Assim, o argumento de Bendix mostra a sua aplicabilidade também na história da saúde mental brasileira: por mais que as reformas fossem propostas e novos modelos implantados, essas ações nunca foram suficientes para que as práticas e as instituições fossem completamente modificadas. O tradicional e o novo convivem até hoje da saúde mental brasileira.

2 CAMINHOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS: EXPERIÊNCIA DE DOENÇA E TRAJETÓRIA

O objetivo deste capítulo é apresentar como se conectam a teoria mobilizada para delinear o nosso objeto de estudo com a metodologia utilizada para a coleta de dados. Para tal, partiremos da contextualização dos conceitos de itinerário terapêutico e experiência de doença, para então mostrar como se construiu a pesquisa de campo e quais foram as condições para a sua realização.

2.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Neste trabalho partimos da compreensão de Sociologia enquanto a ciência que estuda a ação social, seja no nível micro das interações face a face, seja no nível macro dos arranjos sociais, representações e instituições. Essa noção de Sociologia aplicada ao tema saúde toma forma nas investigações do Itinerário Terapêutico (IT), dada a sua preocupação com a reflexão, escolha e engajamento em um tratamento para a aflição, ações essas que são *per se* sociais.

Para ser adjetivada como social, a ação humana precisa estar direcionada para as outras pessoas. Nas palavras de Weber (2001, p. 415) “a ação social [...] orienta-se pelas ações dos outros, as quais podem ser ações passadas, presentes ou esperadas como sendo futuras”; o autor continua definindo quem seriam os outros: “podem ser indivíduos e conhecidos ou até uma pluralidade de indivíduos indeterminados e inteiramente desconhecidos”. A ação também visa a alcançar algo, é conduta intencional, e enquanto tal está sujeita a obstáculos e possibilidades, fazendo da reflexividade um dos seus componentes básicos (ALVES, 2015).

No cotidiano, as pessoas orientam sua ação a partir de uma percepção da realidade e, ao proceder a avaliação desta percepção, é possível compreender a dimensão subjetiva da ação e os condicionantes nas tomadas de decisão dos diversos participantes de um fenômeno (MOLIANI, 2013). Isso posto, agimos no mundo sempre a partir do lugar onde nos encontramos, das interações sociais que estabelecemos e de uma reflexão que fazemos sobre a situação³⁷.

Esta é uma fórmula que adotamos também em uma situação de adoecimento, onde precisamos avaliar, realizar escolhas e tomar decisões sobre as ações de cuidado

³⁷ O conceito de situação será pormenorizado no próximo subitem deste capítulo.

que iremos aderir ou desenvolver para sanar o problema, sendo que o conjunto de todas essas ações de cuidado constitui o itinerário terapêutico. As escolhas ocorrem diante da consciência de possibilidades de cursos de ação que estão igualmente ao alcance e são acessíveis ao indivíduo (ALVES; SOUZA, 1999).

Deste modo temos dois disparadores para os estudos de itinerário terapêutico: a) a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde (CABRAL et al, 2011) e, b) a busca pelo entendimento de porque os indivíduos encontram diferentes maneiras de cuidar de uma doença (ALVES; SOUZA, 1999). Estes estudos são então desenvolvidos no sentido de compreender o itinerário terapêutico enquanto “os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

Todavia, o itinerário terapêutico não é um plano de ação definido de antemão pela pessoa enferma, ele vai sendo desenvolvido, modificado e até mesmo abandonado durante o curso da doença:

o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõe, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

Da mesma forma, o IT também não obedece a esquemas e fluxos pré-determinados pela sociedade. Cabral *et al* (2011) esclarecem que as escolhas expressam construções subjetivas, individuais e coletivas, acerca do processo de adoecimento e tratamento, que recebem influência de diversos fatores e contextos. Estas escolhas podem mobilizar diferentes recursos, de acordo com a realidade da pessoa, como cuidados caseiros, práticas religiosas e dispositivos biomédicos que irão constituir o percurso de cuidado desta pessoa em particular.

Porém, ainda que não haja uma determinação social do itinerário terapêutico, o contexto sociocultural influencia esse percurso, em especial, os processos de escolha e da ação social. Nesse sentido, Alves e Souza (1999) alertam que não basta na análise de um itinerário terapêutico apenas identificar a disponibilidade de serviços, a racionalidade que os rege e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, importa também observar as ações e os discursos sobre a saúde. O itinerário terapêutico

revela então que há uma cultura do cuidado em uma determinada sociedade, e que o cuidado é feito na e pela cultura, uma vez que engloba as relações sociais, as redes de apoio e o acesso a tratamentos, o que interfere nas escolhas terapêuticas (PINHEIRO *et al*, 2016). Isto significa que muitas formas de tratamento podem ser empregadas simultaneamente ou sucessivamente nos itinerários terapêuticos de um conjunto de indivíduos ou de um indivíduo singular. Quanto mais longo o curso da doença maior o número destas formas.

Pensando todas as particularidades da construção de um IT e suas variáveis constituintes, é possível agrupar os estudos desse processo em quatro grandes temáticas: 1) identificação das estratégias desenvolvidas para resolver os problemas de saúde; 2) caracterização de padrões nos percursos de tratamento ou cura; 3) circulação de uma pessoa por diferentes subsistemas de cuidados à saúde, às vezes mais de um ao mesmo tempo; e 4) funcionamento dos serviços de cuidado à saúde, num nível organizacional. Ressalva-se ainda que estas temáticas podem se intercruzar e que um estudo pode abordar mais de uma delas (ALVES, 2015).

Além de diferentes temáticas, os estudos de itinerário terapêutico se desenvolvem a partir de diferentes matrizes teóricas. Gerhardt, Burille e Müller (2016) pesquisaram o estado da arte da produção acadêmica brasileira sobre o assunto e encontraram duas grandes correntes de pensamento: a primeira centrada do comportamento do doente e a segunda nos modelos explicativos de doença.

Se tomarmos essas correntes de uma forma cronológica, percebemos que a primeira onda de interpretação do itinerário terapêutico vem com a noção de comportamento da pessoa enferma. Essa vertente se baseia nos trabalhos de Mechanic e Volkart e compreende que há uma lógica de consumo por trás das escolhas de saúde e cuidado, o que faz com que as escolhas das pessoas sejam guiadas pela demanda de oferta de serviços de saúde de uma determinada sociedade. Partindo da premissa que os indivíduos orientam “racionalmente” sua conduta para a satisfação das necessidades, ou seja, que poderiam avaliar o custo-benefício, o objetivo desses trabalhos é identificar e caracterizar os fatores socioculturais que determinam, em certos grupos sociais ou sociedades, a pouca ou alta utilização de determinados serviços de saúde (ALVES, 2016; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A segunda onda teria como mote central as proposições de Arthur Kleinman, para quem a procura por diferentes sistemas de cuidado é guiada por uma matriz cultural e social que extrapola a lógica da exclusividade das racionalidades biomédicas.

Para o autor, os modelos explicativos são uma tentativa de entender saúde, doença e cura como um sistema cultural de uma sociedade, sendo que as diferentes sociedades podem apresentar diferentes sistemas culturais e, conseguinte, diferenças na interpretação da enfermidade (KLEINMAN, 1978; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A interpretação de Kleinman dominou no campo nas pesquisas de IT no Brasil por muito tempo, por isso nos deteremos um pouco mais em sua concepção. Em seus estudos, o autor defende que para além da biomedicina, existem outras arenas de cuidado à saúde que as pessoas podem procurar, classificadas por ele como: profissional, *folk* e popular. A arena profissional é constituída pela medicina científica e ocidental, pelas profissões biomédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionais (como o chinês, o *ayurvédico*, entre outros). A arena *folk* é composta por especialistas 'não oficiais' da cura e cuidado, como curandeiros, rezadores, benzedeiros, etc. A arena popular, por sua vez, compreende o campo leigo, em especial as ações no contexto familiar (automedicação, conselhos, receitas caseiras, cuidados com a alimentação e outros atos não especializados). Assim, a escolha por um ou outro setor é feita a partir das crenças sobre a causa da doença, a experiência dos sintomas, padrões específicos de comportamento da doença, decisões sobre alternativas de tratamento, práticas terapêuticas atuais e avaliações dos resultados terapêuticos, que pode levar a troca de uma arena por outra ou mesmo o uso concomitante de práticas de cuidado (KLEINMAN, 1978; ALVES; SOUZA, 1999).

Atualmente há uma pluralidade de interpretações nesse campo, ainda com a presença das teorias já apresentadas, mas também com a entrada no campo da etnografia, da fenomenologia, da teoria da ação, do pragmatismo, da teoria sistêmica, da teoria de redes, das metodologias avaliativas, entre outras. No âmbito deste trabalho, nossa opção teórica é pela sociologia fenomenológica, que com seu aporte possibilitará a compreensão da experiência de doença, bem como a construção do método de pesquisa.

2.2 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA

Para Husserl, o conceito de experiência compreende a relação do eu com o mundo e com o outro:

Experimento em mim mesmo, no âmbito da minha vida [...], tudo e cada um, e experimento o mundo não como simplesmente o meu mundo privado, mas como um mundo intersubjetivo, dado a cada um e acessível nos seus objetos, e nele experimento os outros enquanto outros e, ao mesmo tempo, enquanto uns para os outros, para cada um (HUSSERL, 1992, p.34).

Definir o que é experiência pode ser uma tarefa um tanto quanto paradoxal, uma vez que é difícil mostrar qual é sua especificidade já que experienciamos o mundo – e as coisas do mundo – o tempo todo. Isso posto, partimos do entendimento que “todo o objeto existente é objeto de um universo de experiências” (HUSSERL, 1992, p. 24), sendo então o ato de experienciar uma constante na vida de qualquer pessoa.

Avançando nessa discussão, Dilthey (2008) compreende que é na experiência vivida que podemos encontrar a expressão da individualidade de uma pessoa, o que a faz singular. Assim:

[...] experiência é a forma original pela qual os sujeitos concretos vivenciam o seu mundo. Em outras palavras, experiência diz respeito ao modo de ser do sujeito no mundo. É o meio pelo qual o mundo se coloca face a nós e dentro de nós e, como tal, está sempre localizada no tempo e no espaço (ALVES, 2006, p. 1551).

Uma das experiências que podemos ter no mundo é justamente a experiência de adoecimento, aquele momento em que sentimos que algo não vai bem. Depois, significamos essa situação como uma enfermidade e então procuramos cuidado adequado. Nesse sentido, “a doença se integra à experiência humana e se torna objeto da ação humana como uma realidade construída significativamente” (SOUZA, 1999, p. 89).

Para compreender a experiência de doença, precisamos compreender o adoecimento enquanto uma situação biograficamente determinada. Schutz (2012) utiliza essa expressão para se referir a uma situação que está encadeada a uma história pessoal e única, enquanto a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo. A noção de situação envolve então o lugar que alguém ocupa e os papéis que desenvolvem na sociedade, bem como suas posições intelectuais, políticas, religiosas e éticas (CAPALBO, 1979).

Schutz (2012) assinala que cada pessoa vive em um “mundo da vida cotidiana” – o mundo ao seu alcance – que é formado pelas suas próprias experiências, mas também pelas experiências dos que são próximos a ela, sejam seus familiares, amigos, vizinhos,

professores e também pelos seus antecessores, as pessoas que habitavam o mundo antes mesmo de ela nascer. Vivenciando esse mundo que lhe é particular, a todo momento, o ser humano está em uma situação biograficamente determinada, que diz respeito a sua história e trajetória, não podendo a experiência ser pensada dessas referências.

Com a acumulação de experiências adquiridas junto ao mundo da vida cotidiana, fica à disposição de cada pessoa um estoque de conhecimento que permite que ela opere sobre o mundo. Schutz (2012) entende que esse estoque de conhecimento funciona como um esquema interpretativo das experiências passadas e presentes e, também, daquelas que estão por vir. Todas as novas experiências vividas são acrescidas ao estoque de conhecimento, o que faz com que este exista enquanto um fluxo contínuo que se transforma de acordo com a experiência atual.

Em vista disso, toda interpretação do mundo da vida “é baseada sobre um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um ‘conhecimento a mão’, opera como um esquema de referência” (SCHUTZ, 2012, p. 84). Esse quadro formado, a despeito das inconsistências que possa apresentar, é suficientemente articulado para ser usado na resolução da maioria dos problemas práticos que uma pessoa encontra no seu cotidiano.

Quando a pessoa se descobre em uma situação de adoecimento é a este estoque que ela recorre para compreender e significar a sua enfermidade. Esse processo começa quando a pessoa se reconhece em sofrimento e passa a procurar algum tipo de cuidado para aliviar a sua dor dentre as possibilidades que conhece: médicos, psicólogos, benzedeiras, pastores, padres, curandeiros, remédios, orações, chás, simpatias e uma pluralidade de outras opções, ou associações entre estas, que são mobilizadas como um tratamento para o que o aflige.

Dessa maneira, o estoque de conhecimento tem uma dupla função, ele é acionado tanto para significar a situação atual como também para escolher a melhor linha de ação:

Este é um conhecimento de receitas confiáveis para interpretar o mundo social e para controlar coisas e pessoas a fim de obter o melhor resultado em cada situação com o mínimo de esforço, evitando indesejáveis consequências. A receita funciona [...] como preceito para ações e, portanto, serve como um esquema de expressão: qualquer um que queira alcançar um certo resultado tem que proceder como indicado pela receita fornecida para esta proposta (SCHUTZ, 2010, p. 121).

Entretanto, em algumas ocasiões o estoque de conhecimento da pessoa pode não ser suficiente para a resolução da enfermidade, e a doença passa a ser uma situação-problema, uma vez que rompe com os pressupostos e as receitas da vida cotidiana. A atitude natural é colocada em xeque, o que revela a insuficiência do conhecimento disponível e, por conseguinte, mobiliza as pessoas a buscarem novas receitas confiáveis para explicar e lidar com a situação e assim poder reintegrar essa experiência a zona não questionada do mundo da vida cotidiana (ALVES; RABELO; SOUZA, 1999; ALVES, 2006).

Quando a doença passa a ser uma situação-problema ela vai necessariamente implicar em desordem, uma vez que os modos rotineiros de lidar com o mundo e com os outros se tornam impraticáveis e ineficazes para dar conta da situação. Isso ocorre porque não existe um todo coerente em relação ao conteúdo que forma o estoque de conhecimento, ele é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão, o que leva a diferentes cursos de ação, vacilações, dúvidas, entradas e saídas em diferentes modalidades de tratamento, mudanças nos arranjos na vida cotidiana e o estabelecimento de novas redes sociais (ALVES, 2015; ALVES; RABELO; SOUZA, 1999; RABELO, 1999).

Neste cenário, o doente (e o grupo social) precisa se reorganizar, encontrar uma nova norma para o seu funcionamento (CANGUILHEM, 2009). Para encontrar essa ordem é preciso mobilizar atores, instituições, estratégias, arranjos e escolhas dentre as que estão disponíveis um determinado contexto social (ALVES, 2015).

Retomando alguns conceitos já apresentados, estamos considerando a experiência de doença com base nesses dois pontos: a) como uma situação biograficamente determinada a partir do mundo da vida cotidiana e, b) sendo referenciada por um estoque de conhecimento de cada um e de seu grupo, o que nos leva à compreensão de que essa vivência não pode ser entendida como uma experiência puramente individual, mas sim como uma experiência social, ainda que seja sempre singular. Nesse sentido, Alves (2006) advoga que a experiência nunca é pura questão do indivíduo, pois ela é socialmente construída e só existe na medida em que é reconhecida, partilhada e confirmada pelas outras pessoas com as quais mantém relações.

Assim, pensando a doença a partir da sua significação social é que inscrevemos esse trabalho no âmbito da Sociologia da Saúde, para investigar a experiência de doença enquanto objeto específico, mas também como uma forma de olhar o modo como as

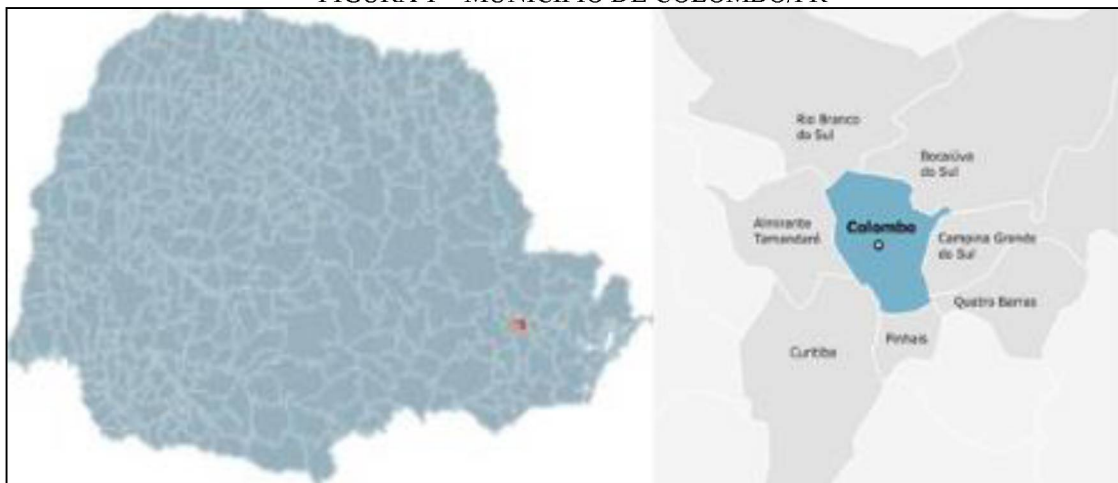
peças vivem em seu mundo cotidiano, a ação social, a intersubjetividade, as trajetórias e os sentidos que são atribuídos ao fluxo que forma a vida.

2.3 O ESPAÇO DA LOUCURA: UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

A pesquisa de campo foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Colombo, Região Metropolitana de Curitiba. O presente serviço é um CAPS II que atende municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes e é especializado no atendimento de transtornos mentais (TM). O município ainda possui um CAPS II AD que faz o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas.

Com forte presença de descendentes de imigrantes italianos, o município de Colombo foi desmembrado da cidade de Curitiba em 1980 e tem cerca de 237 mil habitantes, com mais de 90% da população vivendo em meio urbano. Em relação à geopolítica, além de Curitiba, Colombo também faz divisa com Rio Branco do Sul, Bocaiuva do Sul, Pinhais, Almirante Tamandaré, Campina Grande do Sul e Quatro Barras e faz parte da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (IPARDES, 2018; PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO, 2013). Vejamos sua localização no mapa:

FIGURA 1 – MUNICÍPIO DE COLOMBO/PR



Fonte: IPARDES (2018)

Quanto à oferta em saúde, o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2018) informa que Colombo conta com 25 Unidades Básicas de Saúde, 12 Clínicas/Ambulatórios especializados, 39 consultórios, 16

policlínicas, 15 unidades de diagnose e terapia, 2 Centros de Atenção Psicossocial e 1 Hospital Geral. O município possui ainda 119 leitos para internação hospitalar, sendo 109 deles ofertados pelo SUS. Em 2017, a prefeitura investiu R\$ 74.552.956,51 em saúde.

No âmbito específico da saúde mental, os dados disponibilizados informam sobre os Transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V do CID 10³⁸): 158 internações hospitalares no ano de 2016, onde destaca-se que pessoas entre 20 a 59 anos representaram 147 casos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017); e 27 óbitos no ano de 2017 (IPARDES, 2018).

Dentro dessa rede de serviços de saúde já descrita, está o CAPS onde realizamos a nossa pesquisa, e que é regulamentado pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde. Segundo este documento cabe ao CAPS o atendimento público em saúde mental em sua área de abrangência. Existem modalidades distintas desse serviço em relação ao porte, a complexidade e a população do município onde estão instalados. O CAPS de Colombo do tipo II³⁹, para o qual a legislação prevê uma equipe mínima de 12 profissionais (somando nível superior e médio) para atender até 30 pacientes por dia.

O CAPS II para Transtornos Mentais de Colombo está localizado em um bairro residencial próximo à divisa do município com Curitiba. Nas proximidades há uma escola pública e alguns estabelecimentos comerciais como mercado, farmácia, lojas de vestuário, lanchonete e posto de gasolina. Essa região tem uma boa cobertura de transporte público, utilizados pelos usuários que buscam atendimento.

O CAPS está instalado em uma ampla casa de dois andares com espaço para estacionamento na frente. O andar térreo tem duas grandes portas de aço de enrolar e uma outra pequena porta que é usada pelos funcionários. O espaço é formado por um amplo salão onde ocorre a maioria das atividades em grupo com bancos de madeira, duas mesas de plástico branco e um balcão onde são guardados os materiais para as oficinas (lápiz de cor, revistas, papéis) e uma TV. Como normalmente os bancos não são suficientes para acomodar todos os usuários, há ainda no ambiente, várias cadeiras de plásticos que depois de usadas são empilhadas e guardadas no canto da sala. No fundo deste mesmo salão há o espaço para refeições que são servidas entre as atividades do turno. Esse espaço conta com uma grande mesa de madeira e um bebedouro. Ainda

³⁸ Como se tratam de reportes oficiais de saúde são utilizados os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID).

³⁹ Pela população de Colombo estar acima dos 200 mil habitantes, o município poderia contar com um CAPS III com atendimento 24 horas e leitos para acolhimento noturno.

no andar térreo existe uma sala para a realização de atividades de artesanato com mesas e armários de madeiras e diversos materiais para esse fim, uma cozinha e banheiro para usuários. Uma das grandes portas de aço fica aberta no momento chamado de convivência e os usuários podem entrar no CAPS por ela, quando as atividades começam, essa mesma porta é fechada e os usuários que chegam atrasados devem entrar pelo andar superior.

O andar superior possui uma porta de entrada que fica na rua lateral do CAPS e onde há uma recepção que possui apenas um balcão e um armário com documentos (centenas de envelopes amarelos a mostra). A esquerda da recepção, depois de um curto corredor há uma ampla sala de espera para usuários e familiares que conta com cadeiras, TV e bebedouro. Nesse andar estão as salas para atendimento individual ou em grupo (3), salas de coordenação (2), sala para consultas médicas, sala de equipe e dois banheiros: um para os usuários e um para a equipe de profissionais. Em frente a recepção, se vê um escritório completamente montado com mesas, cadeiras, armários, computadores e impressora onde funciona a coordenação do serviço – esta sala se destaca pela mobília quando comparamos com as outras que quase não possuem móveis e os que existem são de plástico ou estão danificados. Seguindo pelo corredor a direita da recepção temos uma sala de atendimento individual (que é a favorita dos profissionais e é normalmente ocupada pelas psicólogas do serviço), o banheiro dos profissionais, a outra sala de coordenação utilizada pela Coordenadora de Saúde Mental do município e que fica trancada a chave, e a sala da equipe com uma ampla mesa onde são realizadas as reuniões administrativas. A sala da equipe ainda conta com os armários de arquivos dos usuários que estão em atendimento no serviço, um armário onde são guardados medicamentos, um bebedouro e um armário com divisões que podem ser trancadas com chave onde os profissionais guardam seus itens pessoais, sendo que a maioria das chaves permanece no armário o tempo todo mesmo que estes estejam ocupados no momento.

Já se virarmos à esquerda no corredor a partir da recepção, temos a sala de espera, o banheiro dos usuários e mais três salas de atendimento. Duas dessas salas são usadas tanto para atendimentos individuais como grupais, e possuem mesas e cadeiras de plástico, com a única diferença que em uma das salas há um armário com material para artesanato. A última sala é usada pelos médicos e além de mesa, cadeira e armário possui também uma maca e um vaso de flor.

Como se pode observar o mobiliário e demais equipamento à disposição de usuários e profissionais no CAPS, seguem um padrão de simplicidade e não oferecem praticamente nenhum conforto, apenas permitem que as atividades possam ser realizadas. Não há nenhuma evidência da presença de planejamento espacial para aqueles que passam ali muitas horas de seu dia. Esta constatação permite que nos perguntemos sobre o que representa para usuários e profissionais de saúde a adequabilidade do espaço e as atividades do cotidiano tendo em vista o cuidado e seus efeitos? Quando se trata de pensar as condições de trabalho em todos os setores da atividade humana, já é senso comum a necessidade de adequação entre estas e as atividades a serem desenvolvidas. Nas atividades de cuidado em saúde parece não ser diferente esse tipo de exigência.

Durante a realização da pesquisa a equipe do CAPS contava com 13 profissionais: 2 Psicólogas, 2 Técnicas em Enfermagem, 2 Auxiliares de Serviços Gerais, 1 Enfermeira, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social, 1 Médico Psiquiatra, 1 Assistente Administrativo, 1 Recepcionista e 1 Coordenadora (que possui formação em Psicologia). Além dos profissionais do CAPS, ainda trabalham nesse ambiente 2 Médicos Psiquiatras do Ambulatório de Saúde Mental e a Coordenadora de Saúde Mental do município, que também é psicóloga.

As atividades para os grupos de usuários estão organizadas por turno e por dia da semana, por exemplo, na segunda-feira de manhã tem uma programação de atividades, na segunda-feira à tarde tem outra e assim por diante. Cada turno se organiza com quatro atividades distintas: 1) Momento de convivência entre os usuários e os profissionais; 2) Atividade dirigida por um ou mais profissionais; 3) Lanche e 4) Atividade dirigida por um ou mais profissionais. Entre as atividades desenvolvidas pelos profissionais estão: Atividade Física, Grupo Lúdico, Grupo de Escuta, Grupo de Psicopedagogia, Grupo de Educação em Saúde, Grupo de Iniciantes, Oficina Expressiva, Oficina de Memória, Oficina sobre a Família, Oficina AVD (Atividades da Vida Diária), Oficina de Relaxamento, Oficina de Artesanato, Oficina de Fios, Oficina de Alongamento e Oficina de Contação de Histórias.

Os profissionais se revezam então entre as atividades para os grupos e as outras atividades do serviço que incluem: acolhimento, avaliação, estratificação de risco, atendimento individual, visita domiciliar e desenvolvimento do projeto terapêutico singular. Além disso ainda existem reuniões semanais com os familiares dos usuários,

reunião administrativa (para tomar decisões acerca do serviço) e reunião clínica (para discutir casos específicos).

O CAPS funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8 horas às 17 horas e atende cerca de 200 usuários por semana (40 por dia). Na sexta-feira não há atividades em grupo, uma vez que esse espaço é destinado para as reuniões administrativas e clínica e para os atendimentos individuais, em especial, a discussão dos projetos terapêuticos.

2.4 COLETA E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Toda pesquisa para ser realizada necessita de um método, sendo ideal que a teoria e o método escolhidos estejam dentro de um mesmo marco epistemológico. Este entrelaçamento entre teoria e método foi o que buscamos ao construir este trabalho, perseguindo as proposições de Schutz que nos serviram como referência para o estudo que realizamos aqui. O autor nos ensina que o objetivo de uma pesquisa em ciências sociais deve ser “a exploração dos princípios gerais de acordo com os quais o homem em sua vida cotidiana organiza sua experiência, especialmente aquelas em relação ao mundo social” (SCHUTZ, 2012, p. 295).

Dessa forma, entendendo o itinerário terapêutico como uma maneira de organizar as experiências humanas em relação à doença, buscamos mobilizar um método compreensivo para essa investigação. Essa tradição é inaugurada nas ciências sociais por Max Weber com sua sociologia compreensiva, que parte da proposição de que toda ação humana pode ser compreendida no que diz respeito ao sentido/significado destas (WEBER, 2001).

Dentro da tradição weberiana, Schutz (2012) entende que o trabalho dos sociólogos deve ter como base a compreensão dos sentidos e dos motivos dos atores sociais na sua conduta, ou seja, a compreensão da ação humana significativa. Já demonstramos anteriormente como o itinerário terapêutico pode ser apreendido enquanto ação social e agora acionamos o método da sociologia compreensiva para poder realizar a sua análise. Vejamos um pouco mais sobre a relação ação-significado:

A ação que especificamente tem importância para a sociologia compreensiva é, em particular, um comportamento que: 1) está relacionado ao sentido subjetivo pensado daquele que age com referência ao comportamento de outros; 2) está co-determinado no seu decurso por esta referência significativa e, portanto, 3) pode ser explicado pela compreensão a partir deste sentido mental (subjetivamente) (WEBER, 2001, p. 315).

Schutz (1989; 2012) parte da teoria weberiana para destacar o aspecto subjetivo da experiência, onde toda conduta humana aparece em um contexto significativo subjetivo. Esse tipo de significado é aquele que a pessoa atribui às suas próprias experiências e ações. Existe ainda a possibilidade de um significado objetivo: a atribuição de significado à conduta de outra pessoa por um observador. No âmbito de uma investigação científica, esse observador é o pesquisador.

Além da sociologia compreensiva de Weber, Schutz também se apropria dos conceitos da fenomenologia⁴⁰ e propõe assim a base conceitual que será o alicerce de nossa tese: a *sociologia fenomenológica*. Essa aproximação com a fenomenologia é feita com o objetivo de esclarecer o conceito de significado – que não é desenvolvido na obra weberiana – pois só assim seria possível conhecer passo a passo a estrutura significativa do mundo social (SCHUTZ, 1989).

Assim, entrelaçando o significado subjetivo com o mundo social, podemos fugir da armadilha de relacionar a compreensão com introspecção psicológica ou mesmo empatia (CAPALBO, 1979). A busca por compreender o significado subjetivo parte da consciência do sujeito, consciência essa que se projeta para fora, para o mundo, desta forma, toda subjetividade é sempre intersubjetividade, pois é constituída a partir dos outros. Cabe então ao sociólogo se debruçar sobre a teia que se forma entre a subjetividade individual e a intersubjetividade, que é justamente o fator que permite que uma pessoa compreenda outra pessoa (ZAHAVI, 2013).

Mas que fenômenos são esses que podemos compreender? Segundo Schutz (2012) são passíveis de compreensão os motivos, os meios e fins humanos, assim como, o planejamento e as ações humanas. Nesse âmbito, a etapa final de um método baseado em Weber e Schutz seria a composição dos tipos ideais, tal seja, a acentuação de uma ou mais características da ação de um agente, formando um quadro conceitual de análise que já não representa o agente na realidade (WEBER, 2003); entretanto, tendo em vista o objeto específico desse estudo, não seria possível aplicar essa tipologia. Optamos então por tomar o caminho proposto por Cohn (2003) e buscamos a compreensão da ação de diferentes agentes em um mesmo contexto, nesse caso, em suas escolhas de cuidado e saúde.

⁴⁰ Podemos identificar em Max Weber e Edmund Husserl as duas principais influências de Alfred Schutz, entretanto Schutz não acolhe integralmente a obra desses autores e passa a ressignificar e aprofundar conceitos, o que traz originalidade ao seu pensamento.

Desse modo, orientados pela sociologia compreensiva e pela sociologia fenomenológica, fomos a campo para investigar nosso problema de pesquisa, mas sem passos e etapas pré-definidos. Nossa escolha foi por seguir as provocações de Becker (1993) de que os cientistas sociais podem ser inventivos em seus métodos e criar soluções conforme a situação específica de pesquisa se apresenta. Assim, fomos costurando diversas técnicas de pesquisa, incorporando novas perspectivas, abandonando hipóteses e levantando outras, num trabalho de artesanato intelectual.

Para a análise dos dados, em coerência com o nosso aporte teórico e metodológico, nos concentramos em colocar em prática três ações: descrever, compreender e significar. No primeiro momento, realizamos uma descrição pormenorizada das situações por nós encontradas e a partir dessa descrição nos debruçamos para realizar uma interpretação compreensiva das mesmas. Para completar a tarefa, o passo seguinte foi encontrar os nexos de significado no material pesquisado e produzido.

A seguir, nos próximos subitens desse capítulo, apresentaremos algumas das técnicas de pesquisa utilizadas, bem como os dados que conseguimos levantar através de cada uma delas. Destacamos ainda que todos os preceitos éticos foram seguidos no decorrer da investigação e que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 67177417.1.0000.0102; Número do Parecer: 2.044.014).

2.4.1 Observação Participante

A primeira estratégia que colocamos em prática na pesquisa de campo foi a observação participante. Tendo o objetivo de conhecer o funcionamento do CAPS e as pessoas que eram atendidas nesse espaço, a nossa presença no serviço tentou se aproximar ao máximo do cotidiano dos usuários. Assim, chegávamos sempre no início do turno (manhã ou tarde) e permanecíamos até que ele fosse encerrado e os usuários liberados para retornar as suas casas.

Enquanto técnica de pesquisa, Becker (1993, p. 47) assim define a observação participante:

O observador participante, coleta dados através da sua participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda. Ele observa as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e

como se comportam diante delas. Entabula conversações com alguns ou com todos os participantes dessa situação e descobre as interpretações que eles têm sobre os acontecimentos que ele observou.

A observação participante é uma estratégia bastante conhecida e utilizada pelos pesquisadores na área de ciências humanas, assim, não nos demoraremos na sua explicação. Nosso destaque vai tão somente para a particularidade de realizá-la dentro de uma investigação em sociologia fenomenológica que exige a adoção de uma atitude desinteressada ou o distanciamento do observador, segundo as proposições de Schutz (2010; 2012). Isso quer dizer que o sistema de relevâncias de quem observa é diferente daquele das partes interessadas, o que permite que o observador veja ao mesmo tempo menos e mais que as outras partes.

Vejamos um pouco mais sobre a atitude desinteressada:

Essa atitude do cientista social é aquela de um mero observador desinteressado em relação ao mundo social. Ele não está envolvido na situação observada, que para ele não possui qualquer interesse prático, mas apenas cognitivo. Ela não é palco de suas atividades, mas apenas de sua contemplação. Ele não age nela, não está interessado de forma vital no resultado de suas ações, esperando ou temendo as suas consequências (SCHUTZ, 2012 p. 297-298).

Imaginemos então uma ilustração da atitude desinteressada em uma pesquisa: se dois simpatizantes de times adversários assistem uma partida de futebol, cada um deles esperando o êxito da sua equipe, enquanto provoca aquele que está do outro lado dessa disputa, não cabe ao observador que investiga essa situação torcer por nenhum dos times, ou esperar que os torcedores briguem, ao pesquisador cabe tão somente observar o que acontece e depois realizar a interpretação dos dados obtidos.

A atitude desinteressada é necessária porque essa ciência não deve ser governada por motivos pragmáticos, ainda que eventualmente possa servir a objetivos práticos, estes não são sua finalidade primordial. Pois, conforme afirma Capalbo (1979, p. 78) “para o cientista o mundo não é feito para ser controlado e dominado, mas para ser observado e compreendido”.

As observações realizadas foram registradas num caderno de campo, bem como impressões pessoais, sentimentos e reflexões que aquela experiência havia despertado. Para todos os dias em que estivemos no CAPS, ainda que apenas para resolver questões burocráticas da pesquisa, há uma entrada no caderno de campo.

Das atividades realizadas durante a pesquisa de campo, destacamos:

Convivência

O momento de convivência acontece no início das atividades do turno e é um espaço em que as pessoas podem conversar entre si até todos os usuários esperados para aquele dia chegarem. Esse momento é acompanhado por um profissional já definido em uma escala de trabalho e dura em torno de 15 minutos.

A partir do horário definido para as atividades do CAPS começarem (8h30 pela manhã e 13h30 à tarde) segue-se um ritual bastante específico: é feita uma chamada oral dos participantes, seguida por um momento de oração⁴¹ acompanhado de pedidos especiais e agradecimentos e então ocorre a separação dos grupos para as atividades (os usuários presentes já estão designados para uma atividade específica, sendo que ocorrem normalmente duas atividades em grupo simultâneas). Esse ritual é encerrado no final do turno com a assinatura da lista de presença, que os profissionais e os usuários chamam de “cruzadinhas”.

Grupo de Escuta

O grupo de escuta é desenvolvido pelas psicólogas do serviço e ofertado várias vezes na semana, sempre por uma das psicólogas e por um grupo distinto de usuários, que nas nossas observações variou entre 9 a 13 participantes. Assim, as pessoas selecionadas para participar do grupo de escuta na terça a tarde com uma das coordenadoras da atividade, sempre se reuniam nesse horário com essa profissional; no grupo de quinta-feira à tarde eram outras pessoas e outra psicóloga e nunca havia câmbio de profissionais ou usuários entre os grupos.

O grupo de escuta se caracteriza como uma psicoterapia grupal, havendo diferenças apenas na forma como as profissionais conduzem o processo, onde uma delas incentivava que todas as pessoas falassem durante a seção relatando como estavam passando os últimos dias e se reportando sempre à psicóloga. A outra psicóloga deixava o grupo operar mais livremente, ainda que o tempo da atividade fosse monopolizado por apenas 3 ou 4 participantes que conversavam entre si. Essas diferenças são esperadas uma vez que na Psicologia existem diferentes abordagens que fundamentam a atuação.

Os assuntos tratados no Grupo de Escuta eram sempre trazidos pelos usuários e alguns dos temas abordados foram: a condição dos sintomas (melhoras e piores),

⁴¹ Oração do pai nosso com as mãos dadas e quem não deseja participar fica fora da roda.

medicação, relações pessoais, religião, problemas familiares, problemas judiciais, problemas do passado, queixas sobre o serviço ou outros usuários, conflitos geracionais, emoções e sentimentos (excesso ou ausência) e planos para o futuro.

Grupo lúdico

Já dissemos anteriormente que normalmente as atividades de um turno no CAPS se dividem em 4 momentos: convivência, atividade em grupo, lanche, atividade em grupo, sendo que essa última atividade costuma ser o grupo lúdico. Esse momento é coordenado pela técnica de enfermagem que pode estar com todos os usuários que estão no serviço ou uma parte deles (enquanto outra profissional desenvolve atividade concomitante). Entre as ações que podem ser desenvolvidas estão trabalhos manuais e dinâmicas de grupo.

Detalharemos duas dessas dinâmicas de grupo para ilustrar como ocorre o grupo lúdico. Num dos grupos observados foi aplicada a dinâmica da *Teia de Aranha* na qual cada pessoa, na sua vez, deveria jogar um rolo de barbante para outra pessoa falando uma qualidade dela, até todos terem participado e haver uma teia unindo as pessoas. Em outra ocasião optou-se pela brincadeira *O Chefe Mandou* onde uma pessoa saía do espaço onde a atividade acontecia e o grupo escolhia quem ia ser o chefe, este passava a dizer como o grupo deveria agir e pessoa que estava fora ao retornar deveria adivinhar quem era o chefe.

As atividades de dinâmica de grupo costumam ter uma boa recepção por parte dos usuários e a grande maioria deles participa. O mesmo não ocorre com os trabalhos manuais (artesanato, dobraduras, origamis). Houve uma situação em que uma usuária reclamou diante de todo o grupo e da profissional da tarefa de “fazer florzinha”.

Se haviam reclamações por parte dos usuários, este grupo também apresentava dificuldades para a sua coordenadora. Em conversa com a técnica de enfermagem, esta relatou como era difícil encontrar atividades com finalidade de recreação para desenvolver todos os dias nos diferentes grupos (manhã e tarde). Ela também citou a complexidade de conseguir envolver em uma mesma tarefa tanto o usuário mais comprometido pelos sintomas como aquele menos comprometido.

Oficina AVD (Atividades da Vida Diária)

Esta oficina é coordenada pela Terapeuta Ocupacional (TO) e no dia em que acompanhamos, havia 11 pessoas presentes (10 homens e 1 mulher). O tema trabalhado

foi o autocuidado, onde a profissional colocava alguns assuntos para a discussão, como higiene pessoal e condições do ambiente, sempre falando de maneira clara e dando exemplos, e os usuários entravam na conversa falando sobre suas experiências pessoais. Como os homens eram maioria no grupo e estávamos na campanha do Novembro Azul houve um foco maior nos aspectos da saúde masculina e, em especial, na prevenção ao câncer de próstata o que gerou algum desconforto entre os participantes (alguns levantam e saíram da conversa para ir ao banheiro). No final da oficina, houve ainda uma seção de alongamento orientada pela TO.

Oficina sobre a família

Esta oficina, desenvolvida pela Assistente Social do CAPS, estava organizada em 9 módulos de atividade. No módulo 1, cada um dos usuários recebeu uma folha de atividade com três espaços distintos onde deveria no primeiro espaço escrever uma história engraçada sobre a sua família, no segundo identificar entre várias figuras desenhadas na folha, quais eram as pessoas que moravam consigo e no terceiro, desenhar o lugar onde gostaria de estar e quem da sua família levaria consigo.

Entre uma e outra etapa, a Assistente Social ia problematizando os assuntos que surgiam como não ter família, a família perfeita, não gostar da família ou a família não gostar de um dos seus membros. No final, ainda foi problematizado pela profissional os diferentes tipos de família.

Neste dia havia 24 pessoas desenvolvendo a atividade e também estava presente a Terapeuta Ocupacional, que participou apenas observando o desenrolar da oficina. Apesar da complexidade dos exercícios propostos, que envolviam ler, escrever, desenhar, pintar, interpretar e desenvolver argumentos houve uma boa adesão por parte dos participantes.

Projeto Terapêutico Singular

No primeiro contato com a coordenadora de saúde mental do município de Colombo, nos foi sublinhado que toda terapêutica no CAPS era aplicada a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), um caminho de cuidado definido para cada usuário, e que eles não usavam fluxos pré-definidos como dividir os usuários (e os atendimentos) em intensivo, semi-intensivo e não intensivo, como prevê a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde.

Esse momento de discussão do PTS tem vários objetivos, como coletar informações sobre o usuário, definir a frequência com que este deve vir ao serviço e quais são atividades que deve frequentar, tendo em vista a melhora do quadro clínico. O PTS é definido em uma reunião entre pelo menos dois profissionais do serviço e o usuário, sendo que familiares também podem participar se estiverem no CAPS no momento.

Apresentamos brevemente aqui, alguns dos PTS observados:

- Homem idoso que alegava estar se sentindo bem e que o CAPS era o “melhor hospital” onde já havia recebido atendimento. A equipe sugeriu que ele trocasse o dia em que estava fazendo acompanhamento em grupo para que pudesse participar de um grupo menor. O homem aproveitou para relatar outros problemas de saúde (diabetes e palpitações) e foi orientado para que procurasse a UBS do seu bairro.
- Mulher, idosa, bastante agitada, buscou o serviço para relatar que estava com tremores e não conseguia dormir desde a troca de um medicamento há 3 meses, sendo que a insônia intensificou a audição de vozes, alucinações e crises de ansiedade com o tema morte (as vozes diziam para ela se matar ou então que a estavam vindo matar). As datas e informações passadas por ela não coincidiam com as informações do prontuário. A equipe optou por agendar uma consulta psiquiátrica para rever a medicação e, até a data da consulta, a usuária foi colocada em monitoramento, o que significa que ela deveria vir para o CAPS com uma frequência maior que a habitual.
- Mulher acompanhada pela filha adolescente. O objetivo da reunião era iniciar os procedimentos de alta da usuária uma vez que ela já estava há 4 anos no serviço. Apresentava quadro estável e sem sintomas, entretanto, ela estava bastante resistente em ser desligada e já havia faltado a algumas reuniões marcadas anteriormente. A equipe propôs a continuação do tratamento e medicamento na UBS, participação em um dos centros de convivência do município, reunião com a família no mês seguinte e reunião com a usuária em 3 meses para uma avaliação, além disso, o CAPS ficava à disposição em caso de crise.
- Homem idoso que sempre frequenta o CAPS acompanhado de suas duas cadelas que ficam do lado de fora esperando sua saída. Apesar das dificuldades de comunicação por parte do usuário (é muito difícil compreender o que ele fala),

ele informou estar dormindo bem, comendo bem e conseguindo fazer tarefas em casa, como capinar o jardim. Diante desse relato, a equipe optou por reduzir a frequência nas atividades do serviço, passando de quatro vezes na semana para apenas uma. Também foi marcada uma consulta médica porque havia dúvidas quanto a sua medicação, uma vez que ele relatou tomar 3 ou 4 comprimidos para dormir, mas não havia tal prescrição no seu prontuário.

- Mulher que estava voltando a trabalhar e por isso precisava diminuir sua frequência no CAPS, de duas vezes por semana para apenas uma. A usuária relatou que a crise já tinha passado e que os sintomas haviam diminuído, em especial, a sensação de medo que a fazia dormir com a luz acesa. Foi ofertado por parte da equipe que ela fizesse atendimento individual com a psicóloga, caso sentisse necessidade nesse momento de volta ao trabalho.

Grupo de família

O Grupo de família é coordenado pelas psicólogas do serviço, ocorrendo uma vez por semana, alternadamente entre terça-feira à tarde e quarta-feira pela manhã. Apesar dessa flexibilidade em relação ao horário para possibilitar que o maior número de familiares possa participar, a adesão é bastante baixa, vindo apenas uma ou duas famílias e às vezes nenhuma, o que leva ao cancelamento da reunião.

Esse grupo tem como objetivo recolher informações dos familiares sobre o cotidiano dos usuários e adesão ao tratamento, bem como, informar e orientar os familiares para que a assistência ofertada no CAPS seja potencializada. A participação nessa reunião ocorre na maioria das vezes voluntariamente. A família só é convocada a participar diante de situações específicas, como o excesso de faltas da pessoa que se encontra em tratamento. Os usuários não participam desse espaço. Apesar de ser uma atividade em grupo, cada um dos casos é tratado individualmente.

- A mãe de um usuário de cerca de 30 anos veio a pedido da psicóloga que não estava conseguindo com o usuário as informações que precisava. A mãe relatou que no aspecto interação havia progressos, uma vez que o usuário estava se relacionando melhor com os familiares e começou a frequentar um campo de futebol próximo de casa para assistir os jogos. A mãe informou ainda que o filho se recusava em tomar a medicação algumas vezes, e ela precisava dar escondido (junto com algum alimento) e que ele estava descuidado com a higiene, não tomava banho e se recusava a cortar as unhas.

- A mãe, pai e irmã vieram por demanda própria, pois desejavam encaminhar a internação do usuário. Os pais relataram que o filho estava passando por uma crise intensa de sintomas, estava sem medicação e isso fez com que ele “fugisse” de casa por duas vezes; na primeira vez por 40 dias indo até São Paulo antes de retornar por vontade própria, e a segunda vez por 10 dias, quando permaneceu no Passeio Público de Curitiba fazendo uso de drogas. Diante destes fatos e da agressividade apresentada pelo filho, os pais acreditavam que a internação era o melhor caminho para estabilizá-lo, uma vez que as internações anteriores já haviam cumprido essa função. A psicóloga informou que antes de ser internado, mesmo que de forma voluntária, ele precisaria passar por avaliação médica, consulta que a partir disso foi marcada e também conversou com os pais sobre a possibilidade de encaminhar o usuário para o CAPS AD diante da queixa atual do abuso de drogas.
- Mãe de uma adolescente que estava começando no CAPS vindo encaminhada de um CAPS Infantojuvenil de Curitiba. Esse encontro teve como principal foco coletar informações sobre o caso. A mãe relatou alguns episódios de violência por parte da filha em relação à família (agressão à irmã mais nova e também episódios onde ela colocava cacos de vidro nas refeições que preparava para os familiares). Como problemas atuais, a mãe relatou que a filha estava triste, esquecida, chorosa, dormindo muito e com pensamentos suicidas. Apesar de já ter acompanhado a filha em tratamentos de saúde mental há 5 anos, a mãe tinha bastante dúvidas sobre a esquizofrenia que fora diagnosticada. A mãe por vezes admitia a doença e por vezes acreditava que a filha era má. Outras vezes afirmava que a filha tinha “sangue ruim” herdado do pai que teve meningite. A psicóloga buscou esclarecer as questões da mãe sobre o transtorno mental, fazendo uso de exemplos e metáforas.
- Mãe de um usuário que foi convocada pela equipe diante do excesso de faltas do filho. A mãe relatou que o filho mora atualmente com a avó que não colabora muito com o tratamento e que assim ela não consegue acompanhar o que está acontecendo com o rapaz. Segundo o relato da mãe, o filho não toma a medicação, está com dificuldades com a higiene e alimentação, passa dias sem comer ou tomar banho, e precisou ser hospitalizado no mês anterior. Não ficou claro no decorrer da conversa, se o serviço sabia dessa internação. O usuário estava com uma consulta psiquiátrica já agendada para os próximos dias e a

psicóloga assinalou a importância de ele comparecer. Além disso, foi aventada a possibilidade de que ele fosse encaminhado para o atendimento ambulatorial, uma vez que não estava comparecendo às atividades do CAPS e a vaga dele poderia ser repassada para uma das pessoas esperando por atendimento na fila de espera.

- Filha de uma usuária que estava em processo de alta do CAPS. A filha relatou que a mãe piorou depois do desligamento do serviço, tendo crises de choro, gritos e agitação, além de apresentar dificuldades para tomar a medicação e se alimentar. Durante o processo de alta, a equipe indicou que a usuária passasse a frequentar o centro de convivência⁴², para fazer atividades e se integrar socialmente. Quando questionada sobre isso, a filha disse que não “permitiu” que a mãe fosse a esse espaço porque lá era um lugar para pessoas “sãs”, que não saberiam lidar com a mãe que tem “problemas psicológicos”. Nesta situação ficou claro o conflito entre os desejos da família (e, por conseguinte, da usuária) e os direcionamentos dados pela equipe para o tratamento.

Assembleia

A Assembleia é uma forma de fazer a gestão participativa do serviço. Esse espaço ocorre normalmente durante toda a primeira semana do mês⁴³ e é utilizado para passar informações para os usuários, ouvir sugestões e reclamações e, também, para tomar as decisões sobre as próximas atividades desenvolvidas no CAPS. Além dos usuários, também participam desse espaço a equipe (normalmente dois profissionais) e os familiares.

Dentre os temas tratados nas cinco assembleias que acompanhamos estão as férias dos membros da equipe, confraternização de final de ano, contratação de psiquiatra, faltas nas atividades, cumprimento dos horários de atendimento, limpeza do ambiente onde se realizam os grupos, procedimento para a isenção do valor das passagens para os usuários que frequentam o CAPS, orientações para os fumantes, orientações sobre laudos médicos e perícias para solicitação de auxílios, orientações

⁴² Apesar de estar previsto em legislação este tipo de dispositivo em saúde mental, o município não possui nenhum centro de convivência com essa finalidade e os usuários acabam frequentando os centros de convivência para idosos.

⁴³ Para que todos os usuários possam participar, a Assembleia é repetida manhã e tarde, de segunda a quinta-feira, ocupando o lugar de uma das atividades em grupo do turno.

sobre como proceder em caso de crise em horário que o CAPS estiver fechado (procurar pronto-atendimento) e ocorrência assaltos no CAPS⁴⁴.

Embora a Assembleia seja valorizada pela equipe, muitos usuários demonstram desagrado ou irritação neste momento. O incômodo é expresso através de comentários ou linguagem corporal (inquietação, tapar os olhos ou os ouvidos). A origem parece ser a desaprovação do comportamento de usuários que interrompem continuamente quem está falando ou tentam monopolizar a atenção da equipe. Há também quem comenta que não “entende” a função da assembleia ou a considera uma perda de tempo.

Reunião administrativa

A reunião administrativa acontece nas sextas-feiras pela manhã e não é marcada nenhuma outra atividade (atendimentos individuais ou grupais) no serviço nesse horário, para que toda a equipe possa participar. Participamos de apenas uma reunião desse tipo, na minha primeira semana no serviço, e foi possível observar que esse momento era utilizado para a troca de informações e para a tomada de decisões. Neste dia, alguns dos temas abordados foram: procedimentos para realizar acolhimento e internação, eventos que seriam realizados pelo CAPS e pela Secretaria de Saúde, articulação da rede e dificuldades encontradas no trabalho. Ao final da reunião administrativa é realizada a reunião da equipe clínica para discutir casos específicos, apenas com os profissionais de nível superior (Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional).

Atividades no território

No período em que estive no CAPS pude acompanhar três atividades que foram desenvolvidas fora do serviço: Campanha do Setembro Amarelo⁴⁵, II Fórum de Saúde Mental do município de Colombo-PR e Confraternização de final de ano. Essas atividades são importantes por fazerem um movimento em direção ao território, base

⁴⁴ No mês de novembro/2017 ocorreram quatro assaltos no CAPS, onde foram levados equipamentos eletrônicos, bens dos profissionais e a comida que seria servida aos usuários. Em função do roubo dos alimentos e do fato de não haver licitação para comprar novos, o horário do CAPS foi reduzido no final do ano e alguns usuários foram liberados para tirar férias. Esse procedimento foi necessário uma vez que por legislação o CAPS é obrigado a servir alimentação para as pessoas que permanecerem 4 horas no serviço (Portaria nº 336/2002).

⁴⁵ No Brasil há uma tradição de destinar um mês do ano para se trabalhar a conscientização sobre um problema de saúde em específico, associando a campanha a uma cor. Podemos destacar que o Setembro Amarelo é sobre a prevenção de suicídios, o Outubro Rosa sobre a prevenção do câncer de mama e o Novembro Azul, sobre a saúde do homem, entre outras campanhas.

geográfica ou espacial da população potencialmente atendida pelas instituições e serviços responsáveis pela execução das políticas públicas atuais no Brasil. No caso da saúde mental, o território rompe com isolamento no cuidado da pessoa com transtorno mental, característico das instituições e práticas manicomiais e visa reduzir ao mínimo possível os internamentos. Ao manter a pessoa com diagnóstico de transtorno mental, no âmbito da família e da comunidade, a abordagem territorializada do cuidado, visa preservar os laços de sociabilidade e a inserção social desta.

A campanha do Setembro Amarelo foi celebrada no CAPS com uma caminhada e piquenique realizado no Parque do Atuba⁴⁶, que fica a cerca de 15 minutos do serviço. Foi sugerido que as pessoas fossem com roupas amarelas bem como foram distribuídos balões nessa cor. O Parque do Atuba também é utilizado em outros momentos pela equipe do CAPS, que realizam ali atividades físicas e em grupo com os usuários. As atividades nesse dia se desenvolveram primeiro com brincadeiras (futebol, corda, cabo de guerra, dinâmicas com balões), depois um piquenique foi servido onde os usuários dividiram os alimentos que trouxeram, bem como a equipe do CAPS distribuiu comidas e bebidas providenciadas por eles e, para terminar, a assistente social e a enfermeira fizeram uma fala sobre a importância dessa campanha de prevenção ao suicídio.

O II Fórum de Saúde Mental do município de Colombo-PR foi realizado no dia 04 de outubro de 2017, nas dependências do Auditório da Regional do Maracanã, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro). O evento foi organizado pela Coordenação de Saúde Mental do município, CAPS AD e CAPS TM e contou com palestras e oficinas. O público presente era composto das equipes dos serviços de saúde mental, equipes da Atenção Básica, auxiliares administrativos da prefeitura e usuários dos serviços de saúde mental. Daqueles usuários que acompanhamos durante a pesquisa, 73 passaram pelo evento ao longo do dia.

Neste dia foi realizada uma exposição de produtos artesanais confeccionados pelos usuários do CAPS, que estavam sendo comercializados pela assistente social, e uma oficina sobre saúde mental. A oficina buscou esclarecer aos participantes (cerca de 30 pessoas) sobre o funcionamento do CAPS bem como realizou atividades sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

⁴⁶ O Parque do Atuba fica no limite entre os municípios de Colombo e Curitiba, nas margens do Rio Atuba. O parque possui churrasqueiras, pista de caminhada, ciclovia, quadras poliesportivas, equipamentos de ginásticas, entre outros equipamentos para entretenimento da população. Está localizado a uma distância de cerca de 2 km do CAPS.

A Confraternização de final do ano do serviço foi um café colonial realizado no salão de festas de uma igreja que fica próxima ao CAPS (menos de 100 metros). A escolha da atividade e do local foi feita pelos próprios usuários, em várias votações durante as Assembleias, na qual eles declinaram em realizar qualquer atividade que fosse “fora” do serviço, como um restaurante ou estabelecimento comercial, por exemplo. O custo do café colonial foi de R\$15,00 por pessoa e os usuários poderiam levar quantos convidados quisessem.

O salão da igreja foi todo decorado pelos profissionais, e alguns usuários foram vestidos com temas natalinos. Também foram dispostas mesas que 6 ou 7 pessoas poderiam compartilhar. Apesar da igreja haver cedido o espaço para a confraternização, isso foi feito com algumas restrições de horário, espaço e materiais que poderiam ser utilizados. Também, ficou acordada a realização de uma limpeza no salão antes de devolvê-lo.

Cerca de 120 pessoas estiveram presentes na confraternização entre usuários, familiares e equipe que participaram de atividades como bingo, bazar, rifa, sorteio de brindes e fotos com o Papai Noel. Ao final da atividade, vários usuários ficaram para ajudar a limpar o local.

Além das atividades já citadas, também se pôde participar do momento em que a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Alto Maracanã enviou o relatório das tentativas de suicídio para que o CAPS realizasse busca ativa⁴⁷ dessas pessoas. Para cada caso havia uma pequena ficha com algumas informações como nome, endereço, meio utilizado na tentativa de suicídio e um breve relato do atendimento. Eram cerca de 7 ou 8 fichas que foram triadas pelas técnicas de enfermagem do serviço. Observamos que na maioria dos casos, a tentativa de suicídio foi feita pela ingestão de medicamentos, sendo que em muitas situações, essas pessoas tinham acesso a medicamentos psiquiátricos que foram utilizados para esse fim, em especial o benzodiazepínico Rivotril (Clonazepam). O único caso em que não houve ingestão de medicamentos, a tentativa se deu por meio de lesões autoprovocadas (corte nos pulsos).

O município de Colombo também participa de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, assim, duas residentes passaram pelo CAPS no período em que esta pesquisa estava sendo realizada. A primeira residente era

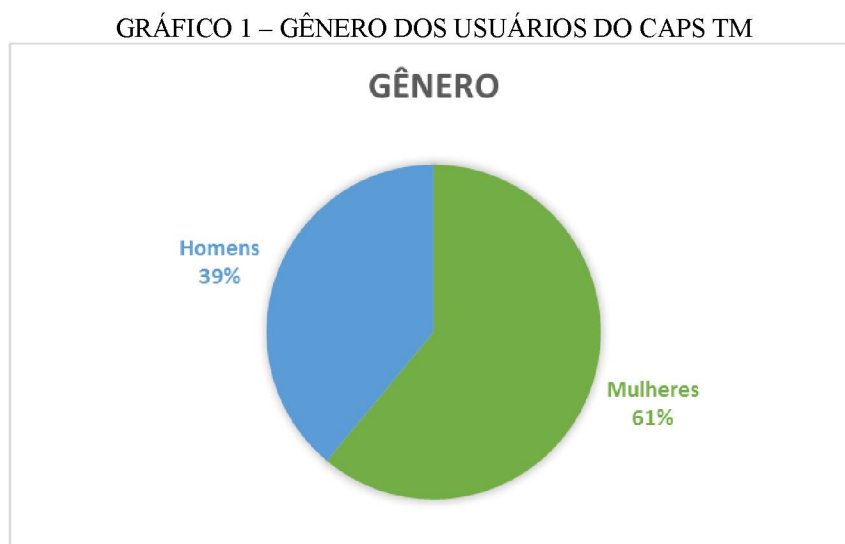
⁴⁷ Neste caso, realizar a busca ativa, significa que um grupo de profissionais se deslocaria até o endereço preenchido no prontuário para realizar uma conversa com a pessoa e convidá-la para ir até o CAPS iniciar um tratamento. Normalmente esse tipo de atendimento é realizado com o apoio dos agentes comunitários de saúde.

nutricionista, ficou cerca de 4 semanas no CAPS e realizou uma série de ações junto aos usuários, como uma oficina de sucos, oficina de temperos e uma conversa sobre saúde e alimentação. A segunda residente era enfermeira e nas duas situações em que estivemos juntas no serviço ela apenas observou as atividades, sem interagir diretamente com os usuários.

2.4.2 Questionário Socioeconômico

Diante da impossibilidade de entrevistar todas as pessoas com diagnóstico de transtorno mental atendidas pelo serviço, cerca de 200 usuários por semana, optamos por aplicar um questionário socioeconômico para conhecer um número maior de usuários, bem como tentar apreender o perfil destas pessoas. Além disso, utilizamos o momento da aplicação do questionário para fazer um contato face a face com os usuários e identificar candidatos que poderiam ser entrevistados para o estudo.

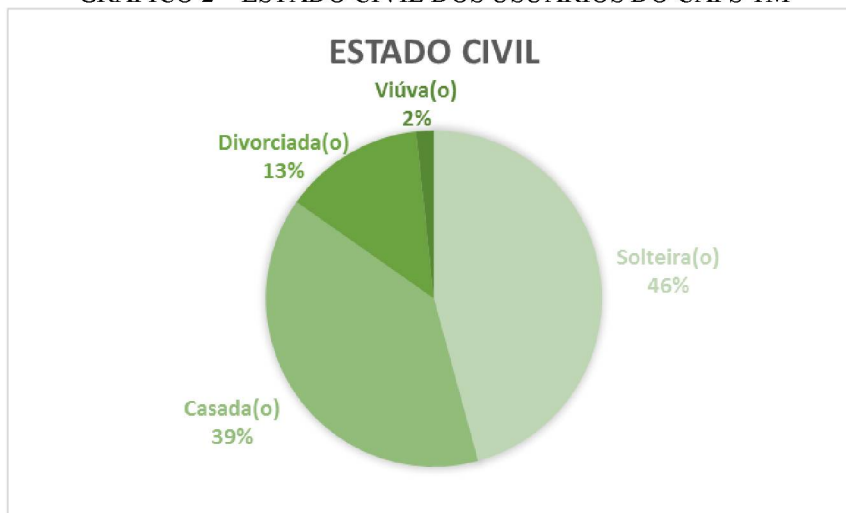
Responderam ao questionário um total de 59 pessoas, que foram abordadas durante a sua permanência no CAPS, em ocasiões em que não estavam realizando atividades dirigidas pelos profissionais, em especial no momento de convivência e de lanche. Entre os respondentes tivemos 36 mulheres, representando 61% da amostra, e 23 homens, representando 39% da amostra, como é possível observar no Gráfico 1:



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Os usuários também foram perguntados acerca do seu estado civil, destes 27 pessoas se declararam solteiras, 23 casadas, 08 divorciadas e 01 pessoa se declarou viúva. Esses dados estão apresentados no Gráfico 2:

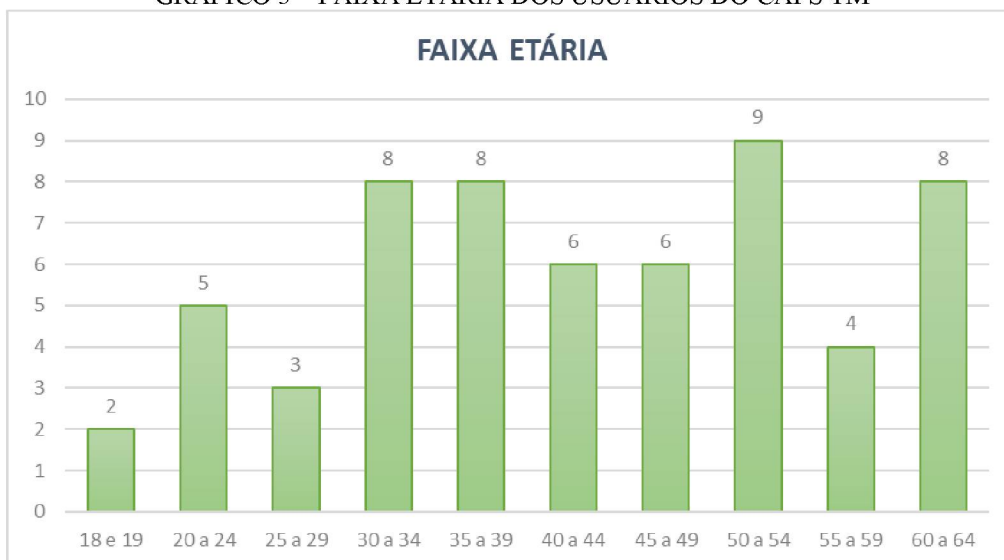
GRÁFICO 2 – ESTADO CIVIL DOS USUÁRIOS DO CAPS TM



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Quanto a faixa etária dos usuários do CAPS, a maior concentração é de adultos, em especial com idades entre 30 e 54 anos (37 pessoas). Destacamos ainda que no grupo de respondentes existem 8 idosos (com idade acima de 60 anos) e dois adolescentes com menos de 20 anos. As informações estão detalhadas no Gráfico 3:

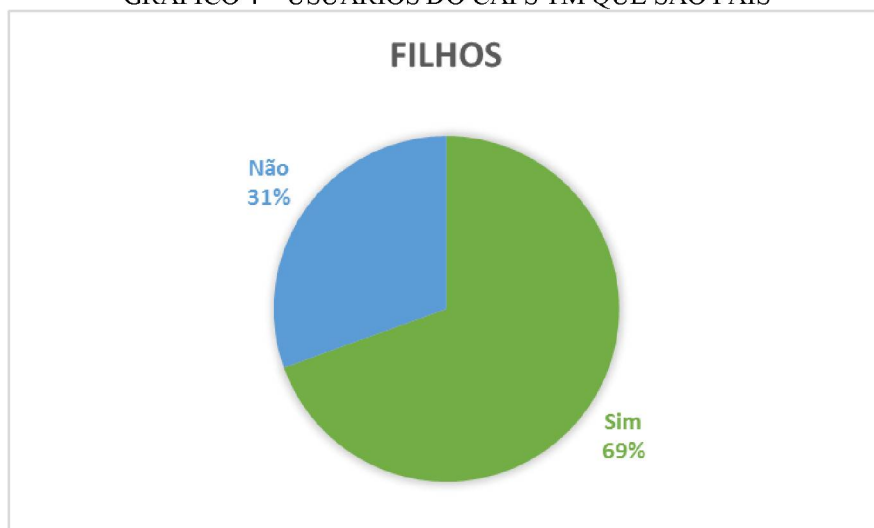
GRÁFICO 3 – FAIXA ETÁRIA DOS USUÁRIOS DO CAPS TM



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Para a pergunta “Possui filhos?” 41 pessoas responderam que sim, e 18 responderam que não (Gráfico 4). Para aqueles que responderam afirmativamente, a quantidade varia entre 1 e 6 filhos.

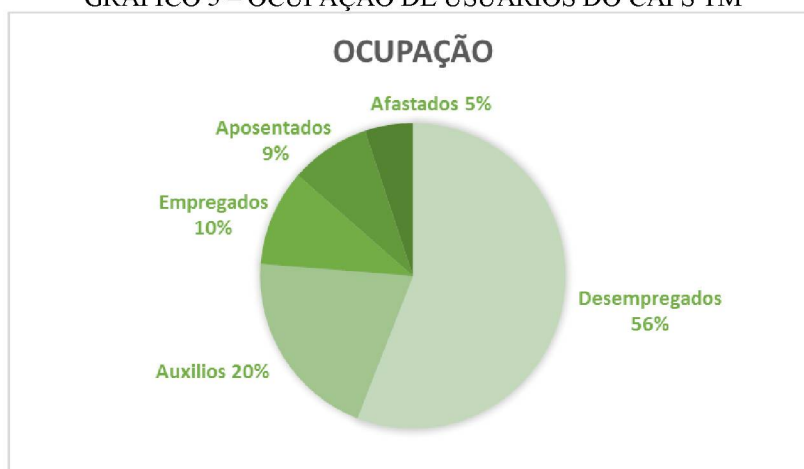
GRÁFICO 4 – USUÁRIOS DO CAPS TM QUE SÃO PAIS



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O item seguinte do questionário visava investigar as questões relacionadas a trabalho e renda. Quanto a ocupação, chegamos a seguinte classificação: 33 pessoas estão desempregadas, 12 pessoas estão recebendo algum tipo de auxílio do governo em função da doença; 6 pessoas estão empregadas no momento; 5 pessoas estão aposentadas e 3 pessoas afastadas do trabalho mas ainda sem receber auxílios do governo. Esses dados estão dispostos no Gráfico 5:

GRÁFICO 5 – OCUPAÇÃO DE USUÁRIOS DO CAPS TM



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Entre os respondentes, 26 pessoas alegaram não ter nenhum tipo de renda e depender da ajuda de familiares para sobreviver e 4 pessoas estão em processo para receber auxílio doença, com perícias já marcadas ou aprovadas. Entre aqueles que possuem renda, o valor dos rendimentos mensais varia entre R\$ 800,00 e R\$ 3.200,00, valores próximos ao rendimento médio da Região Sul do Brasil. Segundo o IBGE (2013), no sul a renda oscila entre R\$ 500,00 (para trabalhadores com nível de instrução máximo de ensino fundamental) até R\$ 3.500,00 (para trabalhadores com ensino superior). Há ainda três relatos de que a família do usuário recebe Bolsa Família (com os valores de R\$ 97,00; R\$ 129,00 e R\$ 346,00).

Investigamos também a atuação profissional dos usuários do CAPS. Perguntamos a profissão que atualmente exercem ou aquela que exerciam antes de ficarem doentes e chegamos a seguinte lista de atividades: açougueiro, agente comunitário de saúde, almoxarife, artista plástico, auxiliar de cozinha, auxiliar de produção, auxiliar de radiologia, auxiliar de serviços gerais, borracheiro, camareira, cobradora, colorista automobilística, confeitadeira, copeira, cozinheira, cuidadora de idosos, diarista, do lar, estofador, estudante, fiscal de caixa, floriculturista, gerente geral, marmorista, mecânico, montador de divisórias, motorista, pedreiro, professor, operador de caixa, salgadeira, segurança, tosadora, vigilante e zeladora.

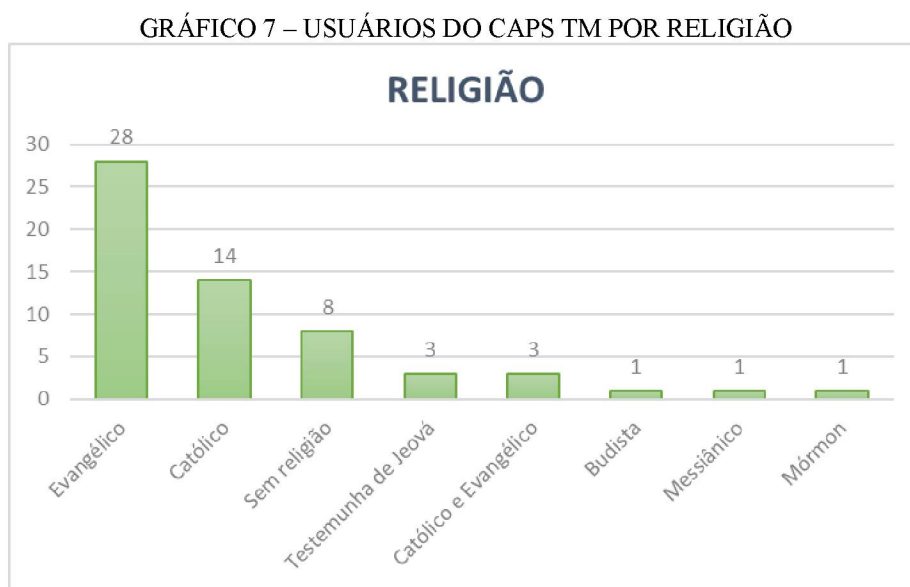
O item seguinte do questionário versava sobre a religiosidade dos usuários do CAPS. Entre os respondentes, 51 pessoas declararam possuir religião e 8 pessoas afirmaram que não possuíam, conforme podemos observar no Gráfico 6:

GRÁFICO 6 – RELIGIOSIDADE ENTRE USUÁRIOS DO CAPS TM



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Sobre a religião que praticam 28 são evangélicos, 14 católicos, 8 sem religião, 3 testemunhas de Jeová, 3 católicos e evangélicos, 1 budista, 1 messiânico e 1 mórmon (Gráfico 7). Ao compararmos esses dados com as informações do último Censo Demográfico Brasileiro (IBGE, 2010) podemos perceber que os três principais grupos se mantêm (evangélicos, católicos e sem religião), havendo apenas a inversão entre os grupos mais populosos: no Brasil há 64,6% de católicos, 22,2% de evangélicos e 8% sem religião.



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

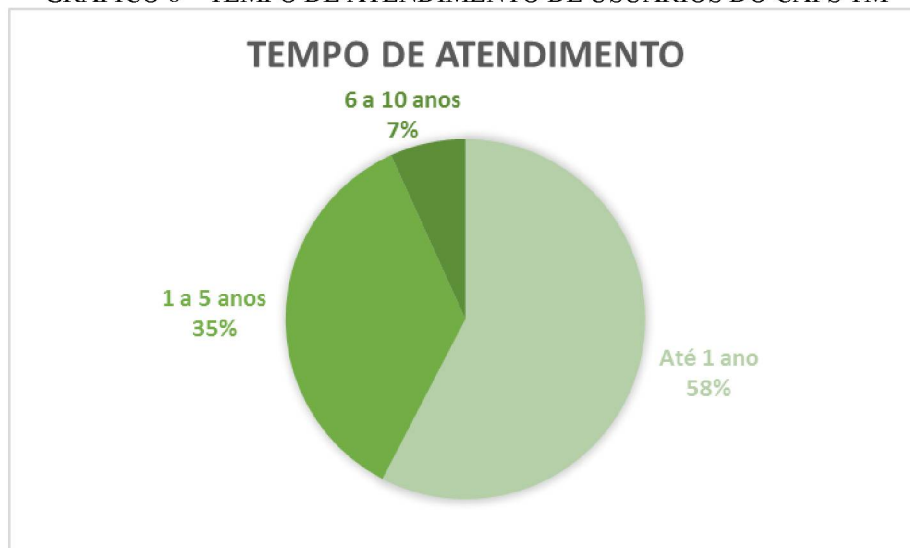
Entre as igrejas frequentadas e os lugares de culto foram citados: Adventista, Assembleia de Deus, Associação Brasil BSGI (budista), Cristã do Brasil, Congregação Cristã, Deus é amor, Igreja Católica, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, Internacional da Graça, Jesus é Essência, Messiânica Mundial, Missão do Brasil, Mundial, Presbiteriana, Protestante, Quadrangular, Testemunha de Jeová, Universal e Visão Missionária. Quatro pessoas entrevistadas responderam que apesar de ter religião não frequentam nenhuma igreja/culto. Destacamos ainda que um dos usuários do CAPS que respondeu o questionário exerce a função de pastor em uma igreja evangélica.

O último eixo do questionário abordava o histórico de atendimentos em saúde dos entrevistados. A partir das respostas pudemos observar que 30 pessoas já haviam feito tratamento em saúde mental antes e que 29 pessoas estavam no primeiro tratamento desse tipo.

Quanto a inserção no CAPS em que a pesquisa foi realizada, foi observado que o tempo de atendimento no serviço dos respondentes varia entre 1 semana e 10 anos,

sendo assim distribuído: 34 pessoas são usuárias do serviço a menos de 1 ano, 21 pessoas estão em acompanhamento no serviço de 1 a 5 anos e, 4 pessoas ultrapassam 6 anos de atendimento no serviço. Esses dados estão apresentados no Gráfico 8:

GRÁFICO 8 – TEMPO DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DO CAPS TM



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Com a aplicação do questionário pudemos ver que os usuários do CAPS têm perfis distintos, com características que variam em relação a gênero, idade, religião e tempo de atendimento. Assim, foi possível considerar essas particularidades no momento de conduzir as entrevistas.

4.2.3 Entrevistas em profundidade

Com as informações colhidas na observação participante e na aplicação dos questionários, nos preparamos para a realização das entrevistas, onde, de fato, seria reconstituído o itinerário terapêutico, entendido conforme a proposição de Moreira, Bosi e Soares (2016) como um constructo que permite compreender como se deram os processos de adoecimento e a busca por cuidados; como a experiência foi interpretada pela pessoa e seus familiares e quais os significados do evento em suas vidas. Salientamos que o nosso objetivo era recuperar essa trajetória, ou seja, investigar quais foram as opções de cuidado até aquele momento em que se encontravam inseridos em um serviço especializado em saúde mental.

A entrevista foi escolhida por ser uma forma de acesso a experiência consciente de uma determinada pessoa sobre o seu mundo vivido, bem como ao significado que

este mundo vivido tem para o entrevistado. Dessa maneira, as entrevistas feitas sobre um objeto específico, levam o entrevistador a diferentes lugares e assim ele vê o seu objeto de várias perspectivas (GOMES, 1997).

Foi realizada uma entrevista em profundidade com cada um dos 20 participantes. Como procedimento elegemos uma mesma pergunta para começar as entrevistas, dispensando um questionário fechado, para permitir que as experiências se desvelassem na sua singularidade. A pergunta disparadora “Como começou a sua doença?” foi escolhida por ter um significado bastante claro e ao mesmo tempo ser aberta, permitindo vários caminhos de respostas. Também não especifica que doença seria essa, ou melhor dizendo, que diagnóstico seria esse. Dessa forma pôde-se iniciar a investigação das concepções de cada um sobre a sua enfermidade.

As respostas apontaram diversos tipos de narrativas: houve quem relatou a primeira crise de sofrimento psíquico, houve quem falasse em como se chegou a um diagnóstico, outros falaram da crise que levou ao atendimento atual (desconsiderando as crises anteriores), houve quem relatasse os sintomas e mesmo quem começou a retrospectiva desde a infância para mostrar todas as nuances que fizeram parte do seu adoecimento. Independente do ponto de partida que os entrevistados escolheram, havia muita história para frente e muita história para trás, e assim, durante a entrevista fomos tentando remontar o percurso trilhado por cada uma dessas pessoas até chegar ao tratamento atual em saúde mental.

Os diferentes caminhos de respostas eram esperados, bem como algumas zonas sombreadas na memória dos entrevistados. Nem todos conseguiram remontar a ordem cronológica completa do seu percurso de cuidado. Isto acontece porque cada fase da experiência se funde com a seguinte enquanto está sendo vivida, sem ter limites bem definidos, e somente quando se coloca atenção sobre elas (como durante a entrevista) é possível o esforço de tentar separar as fases e perceber suas qualidades distintas (SCHUTZ, 2012). Por outro lado, muitas vezes a confusão causada por estar doente produz esquecimentos e lapsos de memória, que não permitem que uma sequência, mesmo que não linear de acontecimentos, seja desenvolvida. Recorrências, simultaneidade e sucessão, nem sempre são distinguíveis para o doente, pelas próprias condições em que se encontra – debilitado, confuso, tenso etc. - e isto se agrava no caso do transtorno mental, seja pelo efeito de medicamentos, seja como sintoma do transtorno.

Não priorizamos nenhum diagnóstico psiquiátrico na realização da entrevista e os entrevistados foram escolhidos por conveniência a partir das seguintes condições: a) se voluntariaram para realizar a entrevista; b) foram indicados pela equipe (isso correu quando a equipe iria repetir uma atividade na semana e algumas pessoas já haviam participado dela anteriormente, sendo dispensados de realizá-la novamente); e, c) foram convidados pela pesquisadora. As pessoas foram escolhidas com o objetivo de abarcar o maior número possível de experiências, observando as diferenças de idade, gênero, classe social, tempo de atendimento no CAPS.

Como critério de exclusão, optamos por não entrevistar pessoas que estivessem em crise. A crise é um importante conceito para a saúde mental e diz respeito a um quadro clínico grave que provoca intenso sofrimento para a pessoa e sua família⁴⁸ (LOBOSQUE, 2015). No serviço pesquisado, as pessoas em crise entram no processo de monitoramento e passam a ter uma rotina diferente dentro do serviço, vindo ao CAPS receber atendimento um maior número de vezes na semana, para além daquela frequência definida no seu projeto terapêutico. Nenhuma pessoa que estivesse em monitoramento foi entrevistada para esse estudo.

No Quadro 1 apresentamos o perfil dos entrevistados, a partir de informações como idade, estado civil, profissão, religião e tempo de atendimento no atual serviço de saúde mental, salientando que eles aparecem sob nomes fictícios para garantir o anonimato.

⁴⁸ Lobosque sumaria alguns dos fatores que podem estar presentes em uma situação de crise em saúde mental: “a perda do controle do usuário sobre si mesmo; a falta de crítica quanto ao seu quadro psíquico; graus elevados de atividade delirante-alucinatória e/ou desorganização de pensamento e comportamento; elevação ou depressão excessiva do humor; ideação suicida severa e persistente; ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade, sobretudo com ameaça de sua repetição” (2015, p.27).

QUADRO 1 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DE PESQUISA

Nome	Idade	Estado Civil	Profissão	Religião	Tempo de atendimento CAPS
Adélia	53	divorciada	cozinheira	católica	1 ano e 3 meses
Betânia	36	solteira	química	católica	4 anos
Cícero	19	solteiro	não possui	evangélico	7 meses
Daniel	33	solteiro	diarista	evangélico	3 meses
Edson	55	divorciado	pedreiro	católico e evangélico	6 meses
Fabiana	20	solteira	não possui	católica	1 semana
Glória	46	casada	do lar	católica	4 anos
Helena	20	solteira	estudante	evangélica	2 meses
Ivone	52	casada	gerente geral	católica	4 meses
Juliana	30	solteira	serviços gerais	evangélica	1 mês
Kevin	26	solteiro	auxiliar de produção	evangélico	2 anos e 6 meses
Lorena	39	casada	vigilante	evangélica	2 anos
Marcos	41	solteiro	auxiliar de radiologia	não possui	1 anos
Noemi	59	casada	salgadeira	testemunha de Jeová	10 anos
Olga	53	casada	confeiteira	católica	8 meses
Pilar	54	casada	serviços gerais	católica	7 anos
Rafael	19	solteiro	estudante	católico	2 meses
Selma	38	solteira	auxiliar de cozinha	católica e evangélica	2 semanas
Tereza	48	solteira	do lar	evangélica	10 meses
Vilma	39	casada	auxiliar de produção	evangélica	1 ano e 4 meses

Fonte: A autora (2018)

A duração das entrevistas, que foram gravadas em áudio, variou entre 15 e 76 minutos e foi realizada sempre em sala de atendimento com porta fechada para garantir o sigilo das informações. Ressaltamos ainda que todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com sua participação na pesquisa.

3 EXPERIÊNCIA DE DOENÇA NA LOUCURA

Neste trabalho, a doença não é compreendida apenas como um evento biológico ou corporal, mas como resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva da enfermidade, que influenciam as representações de saúde e doença, as práticas de cura, bem como, a negociação entre diferentes processos terapêuticos (LANGDON, 2001). Em especial, nos interessa saber como as pessoas interpretam os eventos relacionados ao seu adoecimento.

Assim, investigando a experiência de doença, os significados e as conexões que os entrevistados deste estudo atribuem à enfermidade que lhes aflige, encontramos as seguintes categorias: *Fenomenologia da loucura*; *Marcos da doença*; *Interações Sociais*; *Ruptura biográfica* e *Estratégias de enfrentamento e fatores de proteção*, que passamos a apresentar e discutir.

3.1 “O INFERNO NA TERRA”: FENOMENOLOGIA DA LOUCURA

Em consonância com nosso aporte da sociologia fenomenológica, neste item a discussão apresentada trata da vivência dos sintomas pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Nesta tarefa, nos alerta Ricouer (1994), não cabe fazer investigações nosográficas nem tampouco ter como foco a clínica, mas tão somente, se debruçar sobre a “experiência humana mais comum e mais universal do sofrer” (p.1).

O procedimento adotado foi explorar as vivências dos sintomas através da autodescrição dos doentes (JASPERS, 2015). Tomando-se os relatos destas experiências é possível desvelar a essência do fenômeno:

Uma vez comprometidos nesse caminho, nós continuamos nossas pesquisas e uma coisa sempre me surpreendeu: no fundo, quem diz loucura, diz desordem. Pois bem, nessa desordem, há também uma certa ordem, uma vez que o número de síndromes características é limitado. Poderíamos afirmar que essas desestruturações não ficam à deriva, mas seguem traços que são pré-formados e que se repetem sempre da mesma forma, pelo menos, em suas grandes linhas (MINKOWSKI, 2016, p. 84).

A fenomenologia nos permite assim, conhecer essas formas, as grandes linhas nas quais o vivenciar acontece (JASPERS, 2015). No caso das ideias delirantes, por exemplo, através dos relatos podemos identificar que há uma crença naquela vivência, o fato dela estar acontecendo, ou ter acontecido, nunca é questionado pela pessoa, é real e

ponto. E mesmo nas vezes em que a pessoa tenta afastar ou desacreditar o delírio, ela o faz em relação ao seu conteúdo e não a sua realidade, como quando Adélia diz à filha que ela não pode ter falado outra língua porque ela só fala português:

“Às vezes eu estou falando língua diferente, às vezes eu não sei, mas eu falo, eu nunca falei assim, a minha filha cansou de gravar e eu falei ‘mas não é eu não, não é eu porque eu não sei falar outra, português eu falo, a língua brasileira mais errada ainda, como que é eu?’” (Adélia, 53 anos, cozinheira)

Vejamos algumas outras autodescrições da experiência do delírio:

“Porque já aconteceu no cachorro, o cachorro virar... e eu fui para cima do cachorro... a cadeira preta assim, a cadeira de rodinha eu detesto, a cadeira vira gato, vira monstro e vai para cima... vai naquilo entende? aí eu já falei para o médico. Ele falou assim ‘você está alucinando’” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“Eu estava desconfiando até dos meus amigos de escola, desses negócios aí, desconfiava de todo mundo, tinha medo das pessoas [...]. Eu estava achando que tinham hackeado o meu PC, que tinha alguém me vendo, me controlando [...]” (Rafael, 19 anos, estudante).

“Eu perco a lógica do mundo aqui, é tipo assim, é como se passasse para um outro mundo. Se você falar comigo eu não estou prestando atenção em você, eu não consigo te entender, [...] daí eu vou me trancando dentro de casa, é como se os vizinhos estivessem me xingando, minha família tivesse me xingando, é como se eles, se as vozes tivessem falado para eles que eu sou isso, tipo assim sabe? passa para um outro mundo, é como se a gente saísse desse mundo para um outro mundo” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Então, foi um caso assim que eu vi a minha mãe como sendo o próprio demônio e meu pai sendo Deus, meu pai era Redentor e eu andava pelas ruas e eu sentia que eu conhecia todo mundo né... Quando eu entrava no ônibus, por exemplo, já via que eu conhecia a pessoa, eu comecei a conversar telepaticamente com todas as pessoas e tudo aquilo que eu sentia assim que ia acontecer, acontecia realmente” (Tereza, 48 anos, do lar).

O conteúdo delirante muda de um entrevistado para outro, Tereza por exemplo, tem uma experiência permeada de elementos religiosos que pode ser valorada positivamente já que ela se sente especial, tendo um dom; já para Selma e Rafael o conteúdo é persecutório e coloca em risco a sua relação com aqueles que estão à sua volta, enquanto que para Adélia essa é uma experiência angustiante devido as mudanças que ocorrem ao seu redor, já que objetos cotidianos como cadeiras passam a ser animais ameaçadores. Estas diferenças que marcam os delírios não são apreendidas quando o discurso delirante não é tomado em sua totalidade, pois é através dela que pode-se identificar o elementos comuns aos delírios e, principalmente, o que é novo para cada

um. Esta metodologia de tomar o delírio é o recurso que nos permite identificar as unidades de significado do discurso delirante e, assim, torná-los únicos.

Em todos os relatos podemos observar também a convicção delirante, para usar a expressão de Minkowski (2016), ou seja, existe um sentimento prévio que dirige o delírio, assim, a convicção delirante de Selma e Rafael é a mesma – o fato de eles estarem sendo perseguidos – ainda que o conteúdo do delírio seja distinto para os dois. As experiências prévias também impactam no delírio; assim, Rafael que é um adolescente e faz uso constante de computadores e celulares, acha que sua perseguição é feita por meios tecnológicos, diferente de Selma que usa um celular antigo que apenas realiza chamadas e não tem acesso à internet em sua casa.

No delírio é como se o mundo do louco se partisse em dois, sendo que ele consegue habitar ambos simultaneamente, enquanto os normais só tem percepção de um desses mundos (JASPERS, 1973; MINKOWSKI, 2016). Os entrevistados continuam agindo e sendo nesse mundo que compartilham conosco, eles não estão constantemente delirando, mas também tem vivências desse outro mundo, que na sua percepção são tão reais quanto as primeiras.

Outro exemplo que podemos citar desse mundo partido, é a experiência de ouvir vozes:

“Eu pegava faca, eu escutava ele [ex-marido] chegando, escutava o próprio sabe? me chamando, daí eu comecei a escutar vozes” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“No começo eu era iludido por essa voz, eu achava que a rádio estava falando comigo, que a TV estava falando comigo e as vozes de comando falavam comigo e associado com a voz tinha a sensação, sentimento ruim, associado com o sentimento e com a voz tinha sensações no corpo: se eu não obedecesse aquela voz acontecia coisas, por exemplo arrepio, sentia dor de cabeça [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“A voz me xingava, ela me humilhava, era como se fosse duas vozes: uma humilhando e a outra me animando. Era uma dizendo assim: ‘corta os pulsos, você não vale nada, você não tem sangue nas veias’, tipo assim, uma voz dizendo: ‘você é a pior pessoa’ e outra dizendo: ‘não faz isso não, não faz, você tem teus filhos’. Sabe? era como se fosse um lado bom e um lado ruim” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Quando eu escuto vozes, essas coisas, eu falo ‘gente sai de perto, eu não vou fazer o que vocês estão mandando’” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

Aqui, novamente podemos notar como o delírio se coloca como uma realidade inquestionável, que leva inclusive Adélia a interagir com as vozes. Esta interação faz com que um conselho muito ouvido diante da queixa de ouvir vozes por parte de leigos

(e às vezes profissionais), que é dizer “essa voz não é real” seja completamente falso, já que o fato de uma pessoa normal não escutar, não quer dizer que o doente não esteja realmente ouvindo; e também inefetivo, como no caso de Kevin, em que o conteúdo da voz tem um caráter compulsivo, que o faz realizar as atividades demandadas para evitar que algo pior aconteça. Ou então, como dizer à Vilma que a voz não é real, quando a mesma já bateu a cabeça em móveis com o intuito de silenciá-las?

“Eu cheguei a bater minha cabeça no guarda-roupa porque não estava aguentando as vozes que eu estava ouvindo, eu não lembro tudo assim direitinho... Porque eu ainda tenho, recentemente, às vezes eu ouço, mas eu não decoro o que que eles falam, mas eu escuto, eu escuto às vezes no ventilador, no micro-ondas, na geladeira, no aspirador” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

“Quando eu comecei a orar de madrugada eu comecei a ouvir vozes também junto... uma vez eu estava orando de madrugada e um vulto caiu assim na janela do meu quarto e falou assim ‘é ela que tá orando’, só que eu estava orando em pensamento, ninguém estava escutando, nem meu marido, meu marido estava dormindo entendeu? Então foi assim que foi começando, daí teve outro dia assim que eu escutei uma voz falando ‘Esse casal é uma bênção’” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Comparando os dois relatos de Vilma, podemos perceber como os sintomas do transtorno mental podem ser ambivalentes e, a mesma experiência de ouvir vozes que a faz bater a cabeça em busca de silêncio quando expressa um conteúdo negativo pode, em outro momento, a fazer se sentir especial quando traz conteúdos espirituais, uma vez que a religião tem uma grande importância em sua vida.

Outra experiência que nossos entrevistados narram sobre o que é ter um transtorno mental é a alteração na vivência afetiva⁴⁹, que pode incluir tanto ter um determinado sentimento sem que haja um motivo para tal, quanto a sensação de não sentir nada. As queixas sobre os afetos retratam o incômodo que as pessoas sentem por não conseguirem controlar suas emoções:

“Eu chorava muito, eu estava muito nervosa, eu não comia, não dormia, só chorava, só chorava.” (Glória, 46 anos, do lar).

“Às vezes eu me encontro rindo e chorando ao mesmo tempo e eu não sei porque que aconteceu isso comigo, porque que eu estou rindo, porque que eu estou chorando, eu não sei explicar, não tem explicação” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

⁴⁹ Dentro das vivências afetivas incluem-se: humor, estado de ânimo, emoções, sentimentos, afetos e paixões (DALGALARRONDO, 2008).

“Eu não conseguia dormir, chorava à toa, o mesmo tempo que eu estava chorando eu estava rindo, tipo, desespero, medo de pessoas [...]” (Betânia, 36 anos, química),

“Eu peço a Deus todo dia que me dê um sorriso nos meus lábios, porque às vezes eu não consigo sorrir. Às vezes eu não consigo sorrir de jeito nenhum” (Tereza, 48 anos, do lar).

“Eu comecei a passar mal, coisas que eu não tinha eu comecei a sentir, sentir medo, o que para mim era simples tornou a ser difícil, digamos lavar uma louça para mim era a coisa mais fácil eu ia lá e levava e pronto, agora eu ficava pensando, tomar banho, eu ia tomar banho e não precisava pensar para tomar banho, eu ia tomar banho rapidinho, as coisas começaram a ficar difíceis e eu comecei a ver que eu não estava dando conta, aquilo que eu fazia por prazer eu estava fazendo por obrigação [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Eu em casa, acho que você nunca vai chegar na minha casa que eu não esteja na cama, para falar a verdade, eu só saio da cama assim para mim ir no banheiro e daí eu volto [...]” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Glória, Adélia e Betânia falam desse excesso de afetos que não encontra razão de ser na realidade vivida: não há motivo para chorar, não há motivo para rir, não há motivo para ter medo, mas ainda assim todos esses sentimentos se intrometem e tomam conta da vida, a ponto de interferir no sono, por exemplo. Já Tereza, Ivone e Lorena, estando no pólo contrário, falam da sensação de falta de afetos, da ausência de sentimentos, em especial, aqueles de satisfação pessoal, que fazem inclusive Lorena declarar que se sente uma pessoa morta.

A presença de opostos acontece também em relação aos padrões de sono. Alguns entrevistados apresentam-se com insônia e em outros com sonolência constante (hipersonia):

“Têm vezes que consigo dormir, têm vezes que não, eu tenho medo de fazer mal para minha família, tenho medo de tirar a minha vida, porque eu acho que chega uma hora que a tua cabeça fica, tua cabeça fica tão [...]” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“Só queria ficar dormindo e não queria sair de casa e tinha medo de tudo, tinha medo de sair para rua, medo de tudo e isso aí ainda tenho medo hoje mas já diminuiu um pouco, mas para dormir, eu dormia com tampão no ouvido, com dois tampões no ouvido para dormir, porque eu escutava muito barulho de tiro e várias coisas, situações que me deixaram bem para baixo” (Edson, 55 anos, pedreiro).

Padrões de sono até podem parecer um sintoma menor diante dos outros que aqui apresentamos, mas eles têm um peso enorme no cotidiano das pessoas, já que podem prejudicar a realização das tarefas. Na insônia, a pessoa fica com a atenção

diminuída. Na hipersonia, a pessoa nem levanta da cama para fazer suas atividades. Esse é um tipo de sintoma que afeta a rotina diária da pessoa com transtorno mental, enquanto outros são mais episódicos, como ter um delírio ou entrar em crise.

Se acionarmos as representações sociais do que seria uma pessoa louca, provavelmente as ilustrações que encontraremos serão dos momentos de crise: em que a pessoa está alucinando, falando sozinha, abandonando a higiene e mesmo se tornando agressiva. Isso realmente pode acontecer, mas para as pessoas que estão recebendo tratamento para o transtorno mental é raro, são apenas episódios ocasionais. Retomando a ideia de que a pessoa com transtorno mental habitaria dois mundos – o normal e o psicótico. Nas observações entre os nossos pesquisados, podemos afirmar que eles passam muito mais tempo no mundo normal do que no psicótico.

Todavia, a crise é o momento mais sensível do processo de atenção a uma pessoa com transtorno mental, em que ela mais demanda cuidados. A crise também pode trazer grandes reverberações para a narrativa pessoal, como o abandono de empregos e para o itinerário terapêutico, como o engajamento em novas terapêuticas.

A crise pode ter diferentes formas de apresentar-se como podemos identificar nos exemplos abaixo:

“Liguei o chuveiro, tomando banho bem sossegado, até coloquei um rádio ali para escutar, quando olhei uma moça disse ‘vire só aquela tampinha ali e vai enfiando, vai enfiando tudinho na sua garganta até o final’, eu falei ‘vire você’ e ela falava e mandava, só que eu falava para ela que eu não ia fazer e eu fui enfiando, fui enfiando na boca dela e ela burra foi abrindo a boca [risos] quando eu fui olhar adivinha o que era? Eu não tinha estourado o cano e aquilo lá estava dentro do chuveiro, dentro da boca da tal mulher, a minha filha falou que não era” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“No primeiro surto eu tinha um equilíbrio, por mais que eu estava fora de si, eu tinha um equilíbrio de controlar as minhas emoções, bem pouco assim, mas no segundo surto eu não tinha equilíbrio nenhum, controle nenhum de nada, eu começava a gritar do nada porque era muito desespero e muito sofrimento [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“No dia que eu tive o surto no serviço, daí eles me levaram, a ambulância que foi me atender lá no trabalho, que eu tinha quebrado o laboratório inteiro aonde eu trabalhava com a crise de depressão [...] eu taquei um carro em cima do meu chefe para tentar matar ele no dia que eu tive o internamento, então foi assim, tudo junto, uma mistura de medo, de transtorno, tudo junto, tudo misturado” (Betânia, 36 anos, química).

“No dia 27 de agosto de 2013 aconteceu o acidente com a minha irmã e todo mundo falando que era eu, porque eu estava em casa com ela, não sei o que, que eu agredi ela, mas eu não lembro de nada, eu não lembro de nada” (Fabiana, 20 anos, desempregada – explica o episódio em que a irmã foi espancada supostamente por ela).

“Aí quando ela [mãe] viu, ela falou ‘nossa que que é isso?’ e eu tinha me cortado de madrugada então o machucado estava visivelmente aberto e com sangue e aí ela se assustou... ‘Meu Deus minha mãe vai enfartar’ [...] por causa desse momento de inércia, de você estar desligado e não saber o que é real ou não de você precisar de alguma coisa para provar para si mesmo que você está ali: ‘Nossa, legal! Tô viva! Nossa realmente estou sentindo alguma coisa, é real, tá sangrando’ [...] nessa fase eu tinha um estojinho no que tinha álcool, tinha gilete, qualquer coisa que cortasse, porquê, por incrível que pareça, é estranho isso, eu tentava limpar antes de me cortar, por que o intuito era só se sentir lá, acordada [...]” (Helena, 20 anos, estudante – sobre um episódio de automutilação).

“No outro dia eu voltei a trabalhar e eu entrei e começou tipo assim um aperto no coração, minha garganta parece que trancava, um calor na cabeça como se fosse perder os sentidos, um suor excessivo no rosto e palmas da mão, coisas assim e o meu coração começou a disparar e eu fui no médico e falei para médica que me atendeu, era clínica geral, eu falei para ela ‘doutora eu acho que eu estou tendo um infarto ou alguma coisa assim porque o meu coração parece que vai explodir, tá muito apertado aqui dentro’ e comecei a chorar e tive uma crise de choro desesperada [...]” (Lorena, 39 anos, vigilante).

No caso de Adélia e Kevin a crise vem com um momento de presença intensa de vozes que fazem com que os mesmos tenham comportamentos considerados bizarros, como estragar o próprio banheiro ou gritar “sem motivos”. A crise de Betânia e Fabiana ganham contornos de violência e heteroagressão, tendo como alvos o chefe e a irmã, respectivamente. Já para Helena, o alvo da agressão é ela mesma, como uma forma de sentir alguma coisa, porque ao sentir algo ela sabe que ainda está viva. Para finalizar, temos a crise de Lorena que toma forma em sintomas físicos e ela acredita estar enfartando e não tendo sintomas do transtorno mental.

Um outro tipo de crise que pode ocorrer na vivência da pessoa com transtorno mental é a tentativa de suicídio. Há um grande debate no campo sobre a associação entre suicídio e transtorno mental, em especial, se é possível igualar os dois fenômenos: tentativa de suicídio é sempre um sintoma psiquiátrico? Durkheim (2000) já demonstrou que existem diferentes formas de buscar a morte, como a egoísta (em função da falta de sentido para a vida), a altruísta (em prol do grupo que pertence) e a anômica (em função de uma crise societária), assim, mesmo que a pessoa não tenha um transtorno mental ela pode tentar ou mesmo se suicidar.

Mesmo que nem todo suicídio seja uma expressão de um transtorno mental, os casos aqui relatados falam dessa conexão, já que as tentativas e ideações suicidas narradas aconteceram quando essas pessoas já estavam recebendo cuidados para a saúde mental (às vezes por um longo período de tempo). Ou então, se foi a tentativa de suicídio que desencadeou o tratamento médico, esse não foi o único sintoma encontrado

pela equipe de profissionais e por isso, o encaminhamento foi feito para tratamento contínuo no CAPS, ao invés de um atendimento pontual no ambulatório de saúde mental ou na unidade básica de saúde.

Ainda que essa pesquisa não tenha fins quantitativos, achamos importante salientar que dos nossos vinte entrevistados, catorze citaram ideação suicida, tentativas ou que pelo menos a ideia surgiu em algum momento, como podemos ver a seguir:

“Eu sempre falo que se eu não tivesse deus na minha vida eu já tinha tirado a minha vida a muito tempo porque eu já tentei várias vezes, não foi uma nem duas vezes, foram várias vezes, com medicamento, com faca, com corda, com carro na BR eu já tentei várias vezes me matar” (Betânia, 36 anos, química).

“Pensei em suicídio, agora não penso mais, mas já pensei muito em suicídio em me jogar de prédio já pensei várias coisas assim” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Tentei me enforcar com um fone de ouvido, mas o fone de ouvido estourou no dia” (Rafael, 19 anos, estudante).

“Eu tomei acho que 18 Fluoxetina, calmante, eu tomei 18 Fluoxetina [...] Eu achei lá em casa, não sei de onde que surgiu aquela fluoxetina, achei lá em casa e acabei tomando” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“O dia 26 de setembro eu tomei um vidro inteirinho de Clonazepam porque eu estava com muita dor, tanto doía as pernas, os braços, a cabeça, o estômago, doía tudo, daí eu não sabia o que fazer com tanta dor, eu queria uma coisa que sumisse a dor e eu acabei tomando um vidro de Clonazepam inteiro [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Eu tentei o suicídio. Você pode não acreditar, eu tomei 100 diazepam, eu tomei três vidros de depakene, eu tomei três caixas de carbolitium, e eu tomei mais uma caixa de quetiapina, e daí eu escutei no rádio que uma moça estava com depressão tinha tomado remédio e tomou bebida alcoólica em cima e morreu e eu fui e comprei um vidrinho de pinga e tomei em cima de todos esses remédios. Foi num sábado e aquele dia a minha neta quis posar lá em casa e eu não queria que ela posasse porque eu já estava com plano de fazer o que eu ia fazer, ela posou lá em casa, eu esperei ela dormir, meu marido chegou bêbado, me xingou um monte, um monte, um monte, sem eu saber o porquê, aí eu falei ‘hoje eu vou fazer, hoje eu vou fazer’” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Ainda que os entrevistados tenham usado métodos diferentes em suas tentativas de suicídio, chama atenção o fato de como os medicamentos psiquiátricos são utilizados para esse fim, o que demonstra a ambivalência que existe em relação a eles, que são “a cura” e “o veneno” ao mesmo tempo. Nas linhas que se seguem, discutiremos essa questão mais detalhadamente. Destaca-se também o fato de detalharem o uso da medicação na tentativa de suicídio, falando o que tomaram, em que quantidade e com que método, assinalando o esforço que empreenderam nessa tarefa.

Dentre os relatos, o mais longo e minucioso é o de Noemi, que aqui reproduzimos apenas em parte, mas que começa muito antes do ato em si. Noemi aponta como motivação para a sua tentativa de suicídio as preocupações com o filho, que tinha acabado de se separar e estava fazendo uso de drogas, e as frequentes agressões verbais por parte do marido. Assim, ela fez todos os preparativos para o ato e até estabeleceu um limite: se naquele dia o marido, ao chegar a casa, a maltratasse ela se suicidaria para acabar com o sofrimento que estava passando. Todavia, houve um imprevisto e levaram sua neta para passar a noite com ela, neta que era fonte de alegria e que a levou a duvidar do plano, mas o marido chegou a casa e extrapolou o limite, assim ela levou a ideiação ao ato, que só não resultou na sua morte porque a neta acordou de madrugada para ir ao banheiro e vendo sua situação, pediu ajuda.

Ainda que não seja completamente possível compreender uma vivência que é estranha a nós, como lembra Jaspers (1973, p.120), já que sempre sobra algo de “incompreensível, inapreensível e imperceptível”, sem embargo, é importante fazer a tentativa, ainda com mais afinco quando se trata de ouvir a voz dos apartados, que nem sempre é escutada (SPIVAK, 2010). Nesta pesquisa buscamos a compreensão da vivência da loucura ouvindo aqueles que a experienciam cotidianamente e o que se destacou foi que há muito menos desrazão do que se espera nesse fenômeno: a loucura não retira o significado e os sentidos das ações, apenas colore com novas tintas, novas significações.

Assim ao conhecermos os delírios e as suas conexões com o vívido, compreendemos como a voz ouvida é uma realidade, reconhecemos o processo de insônia e de sono em demasiado, apreendemos as motivações que levaram a uma tentativa de suicídio e mesmo na crise encontramos conteúdos importantes que falam sobre a situação que a pessoa está enfrentando. Novamente recorremos a Jaspers (1973), quando este afirma que mesmo quando os delírios se manifestam, mesmo quando o pensamento está não sistemático e confuso, mesmo nas psicoses agudas, ainda assim, o doente busca um nexo de sentido.

3.2 “UM OUTRO MUNDO”: MARCOS DA DOENÇA

Dentro desta categoria abordaremos os sinais distintivos que marcam a experiência das pessoas e indicam que elas são agora doentes. Para tal, abordaremos os

seguintes assuntos: os disparadores da doença, o diagnóstico psiquiátrico, o atravessamento da biomedicina na vida das pessoas e o uso da medicação.

Bury (2011) afirma que a doença crônica⁵⁰ não irrompe, ela se insinua, assim, é de grande interesse saber quando as pessoas que foram diagnosticadas com transtorno mental perceberam o início dessa insinuação da loucura. Ao investigarmos os disparadores do transtorno, percebemos que estes são sempre carregados de significação, havendo conexões entre vivências e sintomas, de modo que, “a procura da causa da doença [...] é, ao mesmo tempo, a procura do seu significado” (BURY, 2011, p. 53).

Nas entrevistas, os participantes apontaram mais de um disparador para a sua doença, o que vai de encontro ao paradigma da multicausalidade do transtorno mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), um transtorno mental é causado pela junção de fatores biológicos (relacionados com idade, sexo, comunicação neuronal, genética, gravidez), fatores psicológicos (por exemplo: falta de afeto na primeira infância; comportamento mal-adaptativo e falta de resiliência) e fatores sociais (urbanização, pobreza, violência, migração, poluição, tecnologia, racismo e ser mulher).

Para além dos termos biomédicos, ao apontar a multicausalidade, os entrevistados falam de como desenvolver o transtorno é entendido como uma sobrecarga. A pessoa consegue lidar com uma ou duas situações adversas ao mesmo tempo, todavia, se esses eventos permanecem por muito tempo ou outros problemas se somam no caminho, a pessoa perde a capacidade de enfrentar as circunstâncias e o transtorno mental se instala.

A lista de disparadores do transtorno mental dos nossos entrevistados, ordenada a partir dos mais citados, ficou assim constituída: Trabalho (6), Relações Sociais (5), Genética (4), Incidentes na infância (4), Luto (4), Violência (4), Álcool e drogas (3), Puerpério (1) e Outras doenças (1).

Salientamos também, de acordo com os apontamentos de Bury (2011), que muitas vezes a visão leiga e a visão profissional não coincidem, havendo continuidades e descontinuidades, de maneira que alguns dos disparadores acima citados não seriam reconhecidos pela biomedicina como parte do problema de saúde. Todavia, nosso interesse está nos significados atribuídos pelos entrevistados ao processo de

⁵⁰ Entendemos por doença crônica uma doença que persiste por um longo período, que compromete a qualidade de vida do doente e demanda atendimento continuado nos serviços de saúde.

adoecimento, a compreensão da pessoa sobre o disparador do transtorno mental que lhe aflige, sem submetê-los ao crivo ou validação da biomedicina.

Trabalho

Como já dissemos, situações originadas no ambiente de trabalho foram as mais citadas (6 pessoas) como disparador dos primeiros sintomas do transtorno mental. Nosso objetivo aqui não é investigar se o trabalho pode ser (ou não) a causa da crise, pois isso nos levaria a uma teoria explicativa e ao estabelecimento de causalidades, o que não faz parte do escopo deste trabalho. Nosso foco foi compreender como os entrevistados significam a emergência do transtorno mental e analisar as conexões de sentido desenvolvidas por eles.

Para os participantes da pesquisa, o trabalho deu origem ao transtorno mental quando foi muito estafante, quando se apresentaram tarefas impossíveis de ser cumpridas, quando os problemas de relacionamento com colegas se intensificaram ou quando os empregadores fizeram cobranças em demasia.

“Aí trabalhando de cozinheira, eu fazia quatro serviços em uma só, comandava a equipe das copeiras, aí eu percebi que eu estava meio já... porque todas as coisas acarretavam muito a minha mente [...] eu vi que estava entrando muito em pânico por causa dos alimentos, muito assim né, mas para mim era um estresse normal que eu tinha que continuar minha vida, daí eu não acreditava que pobre tinha depressão” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“Peguei depressão bem numa época que eu estava bem tumultuada de trabalho assim... E quando eu comecei a ver que a doença começou a pegar foi quando eu comecei a errar muitas cores, eu acertava uma tinta e perdia 8, 9 tintas, e o chefe começou a pegar no pé, porque daí você imagina uma colorista que trabalha oito anos e de repente do nada começar a errar tudo: ia pintar um carro de branco e saía amarelo, ia pintar de preto saía roxo então eu comecei a errar demais sabe? E eles não sabiam que precisava de ajuda, começaram a pegar no pé, pegar no pé, pegar no pé, a cobrar demais [...]” (Betânia, 36 anos, química).

“Das 9 horas da manhã às 9 horas da noite, porque é shopping, era um shopping, então era das 9 horas e eu fechava a loja, fechava e abria né a loja, daí época de Natal, até que chega fim de ano assim, eu me sinto um pouco triste, porque eu lembro o tanto que eu trabalhava” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Hoje eu ia saber respeitar os meus limites, mas naquela época eu achava assim que eu tinha que agradar o meu chefe, o meu superior, então ele pedia, eu fazia, ele pedia, eu fazia, ele não me dava folga sabe? No 12 [horas de trabalho] por 36 [horas de trabalho] era 12 por 12 mesmo e eu fui cansando e não fui percebendo” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Foi no trabalho. Foi meio que uma, como é que eu posso colocar isso aí, foi uma pressão psicológica forte da diretoria, de eu querer me manter numa

função e eles querer me remover e eu saber que eu sou eficiente naquilo, que para o setor eu era importante mas lá não viam, então começou a vir pressão psicológica, de um lado, de outro, de outro, foi quando eu surtei” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Aí uma funcionária que trabalhava comigo veio e gritou comigo no meio do salão né [...] foi a gota d’água para mim, já sai chorando” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

A relação entre trabalho e sofrimento já é muito conhecida. Dejours (1992) explica que o funcionamento do ambiente de trabalho pode entrar em conflito com o funcionamento psíquico da pessoa, causando sofrimento e a empurrando-a para o transtorno mental. A rigidez na organização do trabalho, as exigências temporais, as cadências, os ambientes de trabalho, o estilo de comando, o controle, o anonimato das relações de trabalho, o intercambio dos operários, a uniformização e a robotização das tarefas são apenas alguns dos exemplos de situações que podem levar ao sofrimento psíquico no ambiente de trabalho.

Destacamos também a fala de Adélia, que também ouvimos em outros momentos de nossa pesquisa, de que *“pobre não teria depressão”*. Esse tipo de argumento está diretamente relacionado com a questão do senso comum sobre adoecimento e o trabalho, uma vez que há uma representação social de que pessoas ociosas podem sofrer de depressão. As pessoas que têm um emprego, ‘uma ocupação para a cabeça’, estariam livres desse perigo. Essa concepção do sofrimento psíquico pode ter retardado o reconhecimento dos sintomas do transtorno mental por parte dos entrevistados.

Relações Sociais

As relações sociais também foram citadas como possíveis disparadores do transtorno mental, não havendo aqui um tipo de vínculo específico que se destaque. Apresentaremos os relatos de Cícero sobre a relação conflituosa com os irmãos, Glória sobre o distanciamento do neto, Ivone sobre a traição do marido, Juliana sobre a sua separação e Noemi sobre as agressões verbais do marido:

“Eu acho que tudo isso aconteceu na minha vida por ter tirado sarro da minha irmã por que ela adquiriu primeiro a doença, eu e meu irmão estava tirando sarro disso aí parece que Deus permitiu que isso acontecesse para a gente saber como é” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“É que a minha filha morava comigo e o meu neto também morava, aí ela resolveu ir embora e levar o meu neto e esse desligamento entre eu e o meu

neto me fez mal, daí me deu um distúrbio que eu não consegui ficar sem ele” (Glória, 46 anos, do lar).

“[...] e no final dessa história toda eu acabei descobrindo uma traição do meu marido porque na cabeça do meu marido eu estava separada dele porque eu fui para casa da minha irmã, eu fiquei 8 meses na casa da minha irmã, na cabeça dele eu estava separada dele e daí foi aí que eu fiquei totalmente assim o emocional meu.... muita coisa junto, muita coisa junto” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Foi depois da minha separação, eu me separei daí fiquei muito possessiva e tentei tirar minha própria vida por causa disso” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“Eu não aguentava mais levar aquela vida que eu estava levando, de xingo [do meu marido], de dizer que eu ia passar fome, que eu não ia ter aonde morar, eu escutei várias e várias e várias vezes, não foi uma, foram várias vezes” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Em sua vida, qualquer pessoa está constantemente entrelaçada em um amplo espectro de relacionamentos: família, amigos, professores, etc, com os quais interage e existindo uma expectativa em relação aos papéis a serem desempenhados. Nas interações, as pessoas tomam sucessivas atitudes um em relação ao outro (STRAUSS, 1999). As relações sociais são uma parte importante na vida para os entrevistados, quando estas são conflituosas, podem contribuir para o desenvolvimento de um transtorno mental. Nas falas destacam-se dois eventos que predominam como os mais negativos para a saúde mental: o conflito, como no caso de Noemi e Cícero; e o sentimento de abandono, como nos relatos de Juliana, Glória e Ivone, em que as expectativas e as atitudes que esperavam dos outros com quem estavam em relação não se concretizaram.

Genética

Não é possível saber se uma origem genética da doença é apontada pelos entrevistados por suas próprias análises familiares ou se essa é uma explicação emprestada da biomedicina e dos profissionais por onde passaram. Todavia, os entrevistados buscam mostrar os seus antecedentes de transtorno mental na família:

“Como a minha mãe tem problemas dos nervos e tudo, transtorno mental e tudo, eu fui diagnosticado quando criança, quando me deu a primeira convulsão, que eu também teria os problemas, os mesmos problemas que a minha mãe, que era hereditário” (Daniel, 33 anos, diarista).

“Eu acho que é genético e veio da minha mãe, eu acho né, porque ela tinha... só que ela não sabia, ela nunca tratou, minha mãe sempre teve, mas não sabia e nunca tratou” (Glória, 46 anos, do lar).

“Pode ser da parte da família da minha mãe, vindo do meu avô, que minha mãe também é depressiva crônica, minha mãe é bem depressiva, aquela crônica mesmo, já foi visto isso também, diagnosticado. Então vem do lado da família da minha mãe esse problema.” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“É que é genética né” (Rafael, 19 anos, estudante).

A explicação genética produz relativo alívio, já que afasta da pessoa a culpa da doença. A loucura tem como característica histórica o fato de ser confundida com problemas de caráter subjetivo, como ceder a paixões, ter vontade fraca ou crenças errôneas (GOFFMAN, 1961). Dessa forma, uma causa biológica, hereditária e que leva a assinatura da medicina para o transtorno mental, acaba sendo exaltada entre os entrevistados. Assim, requerer a classificação de doença, como algo semelhante à doença física, é reclamar também o status social de doente, que traz consigo o reconhecimento, a aceitação e a justificação desse sofrimento (NETO; ALVES, 2012).

Incidentes na infância

Para aqueles que convivem com a doença desde a infância, a origem do transtorno mental é encontrada em algum trauma nos primeiros anos ou na adolescência que precedeu os primeiros sintomas:

“Então ao ser estuprado e passar por aquilo que eu passei, por aquele trauma de infância” (Daniel, 33 anos, diarista).

“No tempo que eu estudava eu sofria bullying, ficavam chamando meu cabelo de bombril, de Assolan [...] Começou na escola” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

“Eu via muitas coisas, e eram coisas estranhas e perturbadoras e aí eu tenho nas minhas lembranças, eu também tenho as coisas que a minha mãe me conta que eu fazia que era acordar de madrugada, enquanto todo mundo estava dormindo, e começar a falar sozinha” (Helena, 20 anos, estudante – sobre os pesadelos que marcaram sua infância).

“Com 5 anos eu tive tipo de uma visão, então, com 5 anos, eu acho que começou o problema porque eu tive uma visão muito ruim com a minha mãe e ela, com 5 anos eu estava dormindo ao lado dela, de repente eu olhei para ela e ela se transformou num macaco muito peludo sabe?” (Tereza, 48 anos, do lar).

É como se cada um dos traumas, mesmo sendo completamente distintos entre si, tivessem deixado uma marca tão grande na subjetividade das pessoas que elas não mais

fossem capazes de levar uma vida normal. O transtorno mental é então um destino do qual não podem fugir.

Luto

A dor de perder um ente querido também pode ser tão grande que leve a uma perturbação e seja considerado um disparador para o transtorno mental entre os entrevistados:

“Tudo aconteceu depois da morte do meu pai né, que sucedeu essas doenças na minha família, que prejudicou eu” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Tinha tido a perda do meu cunhado com 46 anos, um ano antes, num ano morreu meu cunhado, no outro ano morreu o meu irmão, também novo com 60 anos por causa de bebida alcoólica e depois a minha mãe” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Ai o meu pai veio a falecer e eu não aceitei, como até hoje eu não aceito” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“No ano passado foi minha mãe, eu perdi minha mãe, então em agosto do ano passado [...] eu surtei que parecia que me derrubou de vez” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Olhando a íntegra dos relatos, percebemos que mais que a dor da perda e o processo de luto, muitas vezes é a não aceitação da morte que gera conflito emocional, como podemos ver no excerto de Noemi, que não consegue lidar com a ideia de ficar sem o pai depois de ter cuidados dele por muitos meses quando ele ficou doente.

O luto é por um lado, uma manifestação social, mas é também, um processo individual, que não se encerra com os ritos fúnebres. A forma de encarar a morte sofre mudanças ao longo da história e do local onde ela é vivenciada, sendo que em nossa sociedade contemporânea, a morte é negada e interdita, isso faz com que o processo de luto seja vivido de forma privada, o choro é escondido, as visitas ao cemitério perdem a importância e o autocontrole na manifestação da dor é requisitado para lidar com a situação (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2007). Assim, o luto é vivido de forma solitária e envergonhada e quem destoa, manifestando publicamente sua tristeza, pode ter esse processo classificado como patológico.

Violência

Episódios de violência também foram citados como o disparador para o transtorno mental, em especial assaltos que foram realizados com excesso de violência, como podemos acompanhar nos trechos abaixo:

“Sofri assalto, que eu tocava a obra e os bandidos me assaltaram e me bateram muito em mim e eu fiquei com muito medo de tudo, saía na rua com medo e tal [...] aí eu fiquei em depressão” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Só que no dia que eu fui trabalhar eu fui assaltada e eu desci do ônibus e continuei fazer o trajeto que eu fazia todos os dias, passei a primeira ponte de ferro, quando na segunda ponte tinha dois assaltantes em baixo da ponte, quando eu passei eles me pegaram, eu não tinha dinheiro, eu não tinha celular, eu tinha mas estava tudo em casa, eu não tinha relógio, aí um me encostou a faca no pescoço e o outro me bateu, me bateu demais, demais, demais, demais [...] daquele dia em diante eu não consegui mais trabalhar [...] quando chegava na hora de passar lá eu não conseguia, eu entrava no desespero muito grande, eu chorava, eu entrava lá para dentro, tremia, tremia, chorava, eu não consegui mais trabalhar” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

O que desestabiliza em relação aos episódios de violência é o fato de que eles não se justificam para o sujeito agredido, assim, nenhum dos entrevistados achou que merecia ser assaltado ou ferido, nem que tenha feito qualquer coisa para gerar essa violência. Os sentimentos se agravam e os sintomas surgem diante da impossibilidade de responder “Por que comigo?”, afinal, se não há uma explicação, nada impede que eles sejam atacados mais uma vez, e que sintam medo paralisante diante dessa ameaça iminente.

Álcool e drogas

O uso de álcool e drogas é visto pelos entrevistados como prejudicial tanto para a saúde, como também para as relações familiares. Dessa maneira, não é preciso que o entrevistado seja a pessoa a utilizar essas substâncias para que esse fator seja considerado nas motivações do transtorno mental, basta que alguém da família o faça. Assim, temos o relato de Kevin e Marcos que se identificaram enquanto usuários de drogas em algum momento das suas vidas e o relato de Olga que fala sobre a experiência com seu filho:

“Trabalhava de auxiliar de produção, já fazia sete anos que eu que eu trabalhava lá, daí não sei se tem alguma coisa relacionada a isso porque usava a tinta, usava tinner, eu ficava inalando aquilo, usava a cola, cola de sapateiro, tinta” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Eu era muito agressivo com os outros, eu ficava irritado fácil né, qualquer motivo era motivo de irritação. Nessa época comecei, quando era jovem e tudo, acabei começando a beber, isso daí piorou a situação [...]” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Porque eu tive problema com o meu filho né, meu filho usou drogas por três anos, aí tudo isso me causou sofrimento, foi depois disso que apareceu esses problemas” (Olga, 53 anos, confeitadeira).

Kevin identifica o disparador do transtorno mental como sendo as drogas com as quais ele tinha contato no local de trabalho, afastando e separando a doença de si, pois ela seria resultado de uma causa externa. Esse processo é identificado por Bury (2011) como coisificação da doença, ou seja, uma tentativa de separação estrita entre doença e individualidade, que acontece geralmente quando a enfermidade invade todos os aspectos da vida e a pessoa precisa encontrar um equilíbrio para lidar com ela.

Puerpério

Betânia apontou o puerpério da sua última gravidez como uma das razões para o surgimento do seu transtorno mental:

“Minha doença começou a partir da minha gestação, da última que eu tive, começou como eu posso explicar, depressão pós-parto, sabe? Daí evoluiu, os médicos não deram o devido cuidado com medicamentos nem nada, e daí migrou para esquizofrenia [...]” (Betânia, 36 anos, química)

Esta também parece ser uma explicação para a doença importada dos atendimentos médicos pelos quais Betânia passou, mas que encontra ressonância nas suas vivências já que a primeira grande crise de saúde mental da entrevistada acontece no trabalho, após a volta da licença-maternidade. Todavia, durante a sua entrevista, Betânia por várias vezes reconhece sintomas do transtorno mental antes dessa gravidez, o que demonstra que ela não consegue reduzir a sua experiência a explicação biomédica.

Outras doenças

Houve também indicação de que problemas de saúde físicos, para diferenciá-los daqueles mentais, também poderiam contribuir para o aparecimento de um transtorno mental.

“Em 2003 eu tive um câncer e depois desse câncer eu não consegui mais trabalhar porque veio depressão e depois em 2006 já veio retirada de útero,

não por causa de câncer, mas sim por causa de miomas e eu fiquei com depressão muito forte, com fibromialgia e não consegui mais trabalhar [...]" (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Aqui vemos novamente a ideia da sobrecarga que leva ao adoecimento mental. Não foi o câncer em si o disparador, mas como ele levou ao afastamento do trabalho, aos miomas, a perda do útero e ao estresse que gerou a fibromialgia. Emerge na entrevistada a compreensão de que ninguém conseguiria lidar com tantas coisas juntas sem desenvolver um transtorno mental, é quase como se essa fosse a resposta adequada.

Embora haja continuidades e descontinuidades entre a biomedicina e as percepções que as pessoas com transtorno mental têm em relação ao início e os disparadores da doença, na hora em que são questionados sobre o que eles “têm”, é sempre com linguagem médica que eles apresentam. Para tal, os entrevistados usam não só o nome dos transtornos como também tentam aplicar os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) que são usados nos serviços de saúde mental.

“Eu tô com o CID, não sei o que que é esse CID 33.3, 43.8.9 mas esse 33.3⁵¹ eu não sei porquê, só que esse CID aí coloca o remédio” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“CID 10 32 parece, 32.3 alguma coisa assim, F10, eu não sei se 32 ou 33⁵²” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Esquizofrenia, o CID era 20⁵³” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

“Eles me falaram que eu estava com, como é o nome: esquizoafetivo? Daí o médico que pegou o meu tratamento [...] ele disse para mim que já tinha migrado para esquizofrenia, foi ele que fez a carta que mandou para o INSS que eles me aposentaram, aí foi ele que decidiu meu CID certo, que até então eles estavam tratando como bipolaridade” (Betânia, 36 anos, química).

“Eu fui consultar com o doutor que na época era meu psiquiatra, aí eu perguntei para ele o que eu tinha, uma conversa só eu e ele, ele falou que eu tinha uma psicose, mas eu nem sei o que é isso (risos).” (Cícero, 19 anos, desempregado).

⁵¹ O CID é formado por uma letra e por um número, sendo que a letra informa a qual área a doença pertence e o número indica uma doença específica. Assim, se tratando de um transtorno mental, Adélia deveria ter indicado o CID como F33.3 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos), pois o F identifica a categoria dos transtornos mentais e comportamentais. Já a classificação F43.8.9 não existe, mas ela pode estar fazendo referência as classificações F43.8 - Outras reações ao "estresse" grave e F43.9 - Reação não especificada a um "estresse" grave.

⁵² Como no caso de Adélia, aqui também fazemos um esforço interpretativo para entender de qual classificação a entrevistada fala: F10 é usado para Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, F32 indicam episódios depressivos e F33 é usado para transtorno depressivo recorrente.

⁵³ F20 – Esquizofrenia.

“Depressão. Síndrome do pânico. Tem várias situações, são eles que têm o CID e essas coisas que o nome não guardo na memória” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“No começo, no primeiro diagnóstico, eu tinha irritabilidade e síndrome, como é?, bipolar, bipolaridade, aí agora eu tenho um pouco de depressão, ainda tem um pouco de bipolaridade e às vezes um pouco de irritabilidade” (Glória, 46 anos, do lar).

“Eu já tive vários diagnósticos e até agora é meio confuso assim... Lembrando das cartinhas: primeira cartinha crise de ansiedade, depressão, bipolar, maniaco depressivo, o último que foi citado foi esquizofrenia, não sei o segundo nome, algum tipo de esquizofrenia, na verdade eu não sei se eu concordo com todos, ou se não concordo com nenhum, mas parece que tudo virou um bolinho... mas pelo que eu realmente acredito é esquizofrenia” (Helena, 20 anos, estudante).

“Eu acho que eu sou meio bipolar porque às vezes eu estou com humor lá em cima e às vezes eu estou com humor lá embaixo” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“A Psiquiatra falou que além da depressão eu peguei a psicose” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Às vezes eu acho que eu sou depressiva mesmo, às vezes eu acho que eu sofro de transtorno de personalidade” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Quando os primeiros sintomas do transtorno mental aparecem, cria-se uma situação problema onde a pessoa não consegue mais usar as suas fórmulas cotidianas para a resolução da questão. A situação da doença é tão nova que muitas vezes a pessoa nem mesmo tem linguagem para nomeá-la, por isso, receber um diagnóstico médico pode trazer um certo alívio, uma vez que agora existe um nome para o que ela está enfrentando, e mais ainda, a descoberta de que há no mundo outras pessoas passando pela mesma condição que ela.

Não queremos afirmar, contudo, que nomear a doença tenha algo de mágico, mas sim, que nomear seja uma forma de conhecer e classificar, conforme apontam Strauss (1999) e Schutz (2012). Ao nomear eu identifico um objeto como pertencente a uma categoria e assim, é possível definir o que essa coisa é, determinar as suas fronteiras: “[...] quando conseguimos determinar algum objeto ou evento de tal modo que pensamos saber o que ele é, então temos a ilusão de que pelo menos essa porção do nosso mundo é conhecida” (STRAUSS, 1999, p.44).

O diagnóstico então passa a ter um valor, é algo do qual a pessoa se apropria e passa a reproduzir, ainda que não compreenda as categorias explicativas que nele estão contidas. Ter um quadro diagnóstico em seu prontuário médico abre dois caminhos que são seguidos pelo doente: 1) a construção de uma narrativa para a sua doença utilizando

os termos médicos, ainda que seja vazia de sentido, mas que substitui aquele estoque de conhecimento que já não explicava o mundo, e que agora pode ser verbalizada para os outros (RASIA; LAZZARETTI, 2015) e, 2) uma interpretação da aflição bem como um curso de ação para enfrentá-la, nesse caso, o tratamento biomédico (CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018).

Não podemos, entretanto, confundir a aquisição do vocabulário com a apropriação do conhecimento (RASIA, 2014). Schutz (2012) aponta que grupos específicos têm uma linguagem própria, com jargões e termos técnicos, e que pessoas que não fazem parte do grupo também podem conhecer essa linguagem, mas no caso dos doentes que falam sobre sua situação através do vocabulário médico, isso não quer dizer que eles têm também o conhecimento por trás desses termos.

Neste cenário, podemos perceber como o conhecimento científico da biomedicina se torna a resposta quase exclusiva para a questão do transtorno mental. Ao trazer as respostas desejadas, aquelas que afastam da pessoa a culpa pela situação e apontam uma promessa de melhora do quadro com suas terapêuticas, a biomedicina passa também a definir as perguntas, e na observação detalhada do uso da linguagem nesse campo, percebemos que a biomedicina se tornou hegemônica quando se trata do transtorno mental.

O discurso científico da biomedicina se apresenta como o discurso verdadeiro, gerando uma polarização que faz com que todos os demais discursos (tradicionais, senso comum, religiosos, etc) sejam vistos como falsos. O saber na forma que circula pela sociedade, é valorizado, distribuído, repartido ou aplicado, sempre por meio de um sistema de instituições que o impõe, sempre com alguma pressão e com alguma violência (FOUCAULT, 2012). Aqui podemos identificar a violência quando os outros saberes sobre a loucura, aqueles que as pessoas trazem dos seus estoques de conhecimento e vivências prévias são descartados. Ocorre então um movimento onde se afirma que aqueles saberes são falsos ou não-rationais, e em seu lugar, as instituições biomédicas conduzem e estabelecem seu discurso de verdade.

Para Luz, Sabino e Mattos (2013) a hegemonia do saber científico e biomédico na contemporaneidade ocorre porque os saberes tecnocientíficos constituem-se como uma mitologia social, que através de um conjunto sistematizado de conhecimento confere sentido ao mundo e ao ser humano.

Em outras palavras, na nossa cultura não há pensamento ou modo de agir aceito como racional – ou lógica considerada válida – que não seja derivado da ciência, ou que nela não encontre raízes de fundamentação. A ciência domina a racionalidade e se valida como modo correto do pensar e do agir das pessoas na sociedade (LUZ, SABINO e MATTOS, 2013, p. 243).

Ao pensarmos então a ciência no campo da loucura, a biomedicina se torna uma prática institucionalizada que se reproduz e se legitima na ação concreta dos seus agentes: no médico que prescreve a medicação, no enfermeiro que cuida, no assistente social que faz a avaliação, no psicólogo que realiza a terapia e também no paciente que aceita, que colabora, que joga o jogo. Nesse sentido, a biomedicina controla a loucura, não porque a trata e não porque a cura, mas porque é a única com poder para falar sobre ela, como já havia nos alertado Foucault (2017).

Com o diagnóstico, vem também a prescrição medicamentosa e as alterações que o uso do medicamento causa:

“Foi estranho, consegui dormir mais que 5 horas, foi estranho eu não escutar as vozes porque querendo ou não elas faziam parte, não que eu parasse de escutar totalmente porque eu não parei, mas diminuíram, então era tipo uma companhia e aí você se sente só [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

Helena fala sobre como sua vida, que anteriormente fora atravessada pela doença, é agora atravessada pela medicação. Ambos os eventos são relevantes e trazem transformações significativas para as experiências vividas, todavia, aquelas trazidas pelo remédio parecem ser ainda mais profundas, uma vez que o seu uso altera os dois mundos em que a pessoa com transtorno mental tenta equilibrar, tanto o mundo psicótico com a diminuição dos sintomas, como o mundo normal com os seus efeitos colaterais⁵⁴.

O que passa a prevalecer na experiência de ter um transtorno mental não é mais a aparição dos sintomas, mas sim, o uso do medicamento. Há um deslocamento importante aqui, pois a doença passa a estar presente o dia todo no cotidiano das pessoas, às vezes mais de uma vez por dia, sempre que ela toma a medicação. Esse é o signo que diz que ela tem transtorno mental, não mais a crise que é ocasional ou os sintomas que podem nem mais ser vistos por estarem amenizados pela medicação prescrita. Ter um transtorno mental é tomar medicação para tratá-lo:

⁵⁴ Entre os efeitos colaterais citados por nossos entrevistados estão: sonolência, apatia, dor de estômago, náusea, inchaço, tremores, movimentos involuntários, ganho de peso, dor de cabeça e a língua travada.

“É os medicamentos e pronto e acabou” (Betânia, 36 anos, química).

“Eu não consigo dormir sem o remédio, se não fosse o remédio eu não conseguia fazer nada” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Se eu não tomar, eu não durmo, eu sou viciada no remédio, tipo assim, o dia que eu disser ‘não vou tomar o remédio hoje’ eu levanto tomo água, fumo um cigarro, volto para cama, me bato, me bato, daí eu levanto tomar, então eu não consigo dormir sem o remédio” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Agora a psiquiatra que eu faço tratamento com ela, já falou para mim que eu vou ter que tomar para o resto da vida esse remédio. Se tem que tomar vamos tomar... Tem que fazer o que precisa fazer...” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Algumas semanas atrás eu tive uma crise muito forte porque eu fiquei sem medicamento e eu falei ‘não, sem o medicamento eu aguento, tudo bem’ e aí e foi realmente na ingenuidade assim, na verdade eu estou sem o medicamento até agora, que é o antidepressivo, e aí eu me machuquei [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

Cunha (1986) identifica a medicação psiquiátrica como o operador simbólico que faz a passagem da identidade normal para a vivência com o transtorno mental. É um elemento indispensável na produção do doente, porque é uma marca do patológico, já que tomar remédio é um sinal distintivo de estar doente e também pelos seus efeitos, em que o medicamento funciona como um mecanismo repressivo, requisitado pelos profissionais, para que o doente aja mais próximo da normalidade.

Entretanto, quando vamos à experiência mesma, percebemos uma tensão com o saber biomédico, que não se revela em rompimento efetivo com esse saber, mas que pouco a pouco o desloca de seu papel central. Se ocorre essa identificação entre a doença e a medicação, em alguns casos, a revolta com a nova condição de vida não é mais direcionada para a emergência do transtorno mental, mas sim, para o começo do uso dos remédios; livrar-se da situação-problema da enfermidade, pode gerar um anseio de interromper a medicação e, assim, curar-se seria não mais ingerir comprimidos, gotas e tomar injeções.

“Até hoje essas porcarias de remédio para mim, eu tomo risperidona, haldol, lítio e mais um outro comprimido que eu tomo, só sei que total da 8 comprimidos, para mim não... o haldol representa que me dá alucinação, ele não está fazendo efeito em mim [...]” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“Diz que se eu não tomar remédio eu fico louca, eu não sei...” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

“Sim, sempre, desde 2008 até hoje. Eu não gosto de tomar, não, eu me recuso às vezes a tomar, não gosto muito da medicação [...]” (Glória, 46 anos, do lar).

A fala de Adélia explicita bem o processo do qual tratamos aqui: rejeitar a medicação é rejeitar o diagnóstico de transtorno mental – Adélia inclusive repetiu várias vezes durante a entrevista que “não era louca”. Não podemos esquecer que “louco” ou “doente mental” são identidades desviantes em uma sociedade, de modo que essa não é uma “qualidade” que as pessoas se apropriam passiva e tranquilamente (REDKO, 1991).

Tendo a vida invadida por pílulas e injeções, os entrevistados tentam *colocar a casa em ordem*, buscando compreender como os medicamentos agem e que efeito se espera deles. As estratégias para conhecer a medicação são muitas: Helena faz um exercício de auto-observação toda vez que começa uma nova prescrição, Lorena pesquisa na internet informações sobre as fórmulas e Noemi busca inovações no campo, trocando a medicação por outras mais novas que poderiam trazer um melhor efeito.

“O primeiro antipsicótico que eu tomei eu tive uma coisa meio ruim assim... porque eu começava a ver muitas bolinhas pretas e aí começava aquela ansiedade, vultos e começou a dar umas coisas estranhas aí eu: ‘mãe não consigo tomar esse remédio’, aí trocamos, trocou de novo outro que eu não lembro, e trocou de novo, trocou de novo, até chegar nesse. A gente fala né... a gente vira meio um ratinho de laboratório e esses remédios que eu estou tomando agora, eu acho que esse antipsicótico que eu estou tomando agora vai ter que ajustar também” (Helena, 20 anos, estudante).

“Na verdade, eu pesquiso na internet o que que é assim, para que que serve aquilo lá. Porque a gente vem no médico, o médico não diz né ‘esse vai te fazer isso, serve para isso’ daí você vai com aquele remédio lá e pensa... no caso eu tomo, acho que quatro medicamentos, então daí quando aparece um diferente eu falo ‘nossa mais um! para quê que é esse agora?’ daí eu vou lá e coloco lá e daí aparece tudo para que que é” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Acho que todos os tipos de remédios que possa existir para doença mental eu tomei, eu tomei mesmo, porque são 10 anos de CAPS então imagina quanto remédio que eu tomei, quantos remédios que já saiu [...]” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Ter a percepção de que o conhecimento biomédico é insuficiente, que nem sempre o remédio faz o efeito esperado, que é preciso acrescentar mais um medicamento a lista dos que se toma ou de que o acerto da dose é feita por tentativa e erro, faz com que a explicação para o transtorno mental dada pelos profissionais da saúde seja colocada em xeque. Como forma de resolver a situação, os doentes podem procurar alternativas no seu estoque de conhecimento ou então (desejar) abandonar o

tratamento (BURY, 2011). Rafael e Kevin expressam essa contradição em torno da medicação, pois conseguem reconhecer que efeitos positivos foram conquistados, mas não desejam que o remédio continue fazendo parte das suas vidas:

“Não quero ficar dependente de todo dia ter que tomar 9 horas esse negócio... eu quero me livrar [mas] me fez bem porque se não tivesse feito bem eu não teria curado. Ai eu não sei se é para sempre mesmo que eu vou tomar, porque diz que esquizofrenia é para sempre” (Rafael, 19 anos, estudante).

“Eu tenho noção que eu tenho que tomar remédio, que eu estou passando por problemas e tal, que isso é só uma fase, eu tomo remédio continuo, mas eu tenho certeza que um dia eu não vou precisar tomar mais, eu acho [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

O remédio pode também ser mal avaliado pelos resultados indesejados (para além dos efeitos colaterais que na maioria das vezes são expressos fisicamente) quando interfere nas emoções, conforme podemos observar nos relatos de Juliana e Kevin:

“Hoje foi a primeira vez que eu consegui acordar cedo com o meu tratamento porque eu acordo no outro dia quase meio-dia, porque eu tomo remédio forte, daí hoje como eu não tomei, eu não tomei remédio nenhum, nem sei se eu posso dizer isso.... eu não tomei remédio e estou vendo que eu estou mais emotiva, que o remédio bloqueia e eu não consigo nem chorar, só que eu sinto falta às vezes de chorar sabe? Desabafar, pôr para fora, porque o remédio não me deixa chorar” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“[o medicamento] mexe com a emoção... tipo cada situação tem uma reação assim e eu não reajo do jeito que tem que ser cada situação, por exemplo, se eu vejo um mendigo ali vou ter um sentimento ‘Nossa! ele tá ali mal’ e eu não, eu passo reto, nem olho. Por exemplo, lá em casa eles fazem piada, tão tudo dando risada e eu estou sério, não consigo reagir [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Não é possível saber se o embotamento afetivo e apatia de que falam Juliana e Kevin sejam originários da medicação ou um sintoma do transtorno mental, ainda assim, compreendemos o quanto esse “sentir torturante de que não se sente” (JASPERS, 1973, p. 136) apresenta-se como frustrante para os entrevistados, que acreditam não mais viver plenamente. A vida é mediada pela medicação, como se o remédio colocasse uma barreira entre eles e o mundo.

Com o tempo e a ausência da cura, os entrevistados começam a questionar a eficácia do medicamento e do tratamento médico, ainda que não o abandonem, pois também não encontram nenhuma outra forma de lidar com o problema. Bury (2011) encontrou um resultado semelhante em seu estudo com pacientes com artrite

reumatoide, que por um lado desejavam conhecer todas as informações médicas sobre o seu caso, mas por outro, entendiam que havia um limite para o que os médicos poderiam fazer, assim eles “esperavam que suas medicações fossem trocadas ou ‘resolvidas’, mas frequentemente diziam que a principal questão ainda seria aprender a viver com a doença” (p. 47. Grifo do autor). Esse descrédito no resultado da medicação ao mesmo tempo em que se espera que ela faça efeito pode ser vista nos relatos de Lorena e Noemi:

“A gente passa mal de verdade, eles não têm noção do que é sentir todas as coisas que a gente sente dentro da gente e não conseguir achar o remédio... tipo uma gripe vai lá e toma uma injeção e você melhora, uma dor de cabeça você toma um remédio para dor de cabeça e sai e isso você toma, toma remédio e não sai de você [...]” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Eu queria voltar a ser o que eu era sabe? eu não queria mais depender de remédio, eu não queria mais depender de nada assim, eu queria voltar a ser aquela pessoa que eu era antes, porque eu brincava, eu dava risada, eu tinha uma alegria tão grande, tão grande que eu pude enfrentar qualquer problema, eu tirava de letra, hoje um capim seco que cai em cima de mim eu desmorono, eu não tenho mais aquela estrutura, mais aquela força para mim lutar entendeu? eu queria assim achar... que daí eu já quero que seja um milagre... um remédio que voltasse a ter prazer, a gostar das coisas, ver as coisas bonitas, para mim é tudo feio, nada é bonito, nada presta, nada é bom [...]” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Quando prescrita para o transtorno mental, a medicação é valorada de forma ambivalente, já que os entrevistados conseguem ver seus resultados positivos, mas ainda assim, sabem que o remédio não vai curá-los e nem vai impedir que uma crise se instale em um momento de maior pressão. Por que eles tomam a medicação então? Ao que tudo indica, porque não há nenhuma outra opção à mão.

3.3 “UM SER HUMANO COMO TODO MUNDO”: INTERAÇÕES SOCIAIS

Em sua obra *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Erving Goffman (1988) fala da situação da pessoa estigmatizada, ou seja, aquela pessoa que está inabilitada para a aceitação social plena, e de como se dão as relações entre os estigmatizados e os normais, que o autor chama de contatos mistos. Trazendo a reflexão do autor para esse trabalho e partindo do entendimento de que o transtorno mental imputa um estigma à pessoa que o experiencia, nessa seção discutiremos como se dão as interações sociais com o doente.

Os contatos mistos são sempre um problema em potencial, segundo Goffman (1988), já que podem gerar angústia para os estigmatizados, dado o fato de que não são completamente aceitos pelo grupo social. Todavia, ao detalhar essas interações, o autor percebe que existe uma categoria de pessoas normais que possui uma maior empatia pela situação de estigma, porque de alguma forma compartilha essa experiência, o que Goffman chama de *informados*. Apresentaremos como se dão esses contatos mistos a partir da fala de nossos entrevistados, salientando as interações com os *informados*, os *não-informados*, entre os iguais e também situações onde foram estigmatizados.

a) Informados

Goffman (1988) utiliza o termo *informados* para pessoas normais que simpatizam com a pessoa estigmatizada e por isso gozam de uma certa aceitação, um certo pertencimento ao grupo dos estigmatizados. Existem dois tipos de pessoa informada: o primeiro diz respeito aquelas que são “*informadas*” devido ao seu trabalho, como médicos e terapeutas; o segundo tipo é formado a partir das estruturas sociais, onde as pessoas recebem as informações ao conviverem com seus familiares ou amigos estigmatizados.

“Minha mãe ajuda. Ela quer ver eu tomar [os remédios] todo dia, ela falou ‘tem que ver tomar os remédios, eu não estou vendo né’ ela fala bem assim” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

“A minha família ela é muito simples entendeu? mas eles me apoiam muito, muito, muito, muito, me dão totalmente apoio, a minha mãe nem briga mais comigo depois que eu fiquei assim, ela nem... porque antigamente ela brigava comigo, ela não diz um ‘a’ para mim para não me deixar nervosa [...]” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“Mãe é mãe né, sempre dá apoio para o filho por mais que ele esteja errado, ela sempre me apoiou, foi atrás. Meu pai também, menos, mas foi. Meu irmão também sempre insistiu nos internamentos, várias vezes tentava evitar que eu fizesse algumas coisas erradas [...]” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Às vezes, esse tempo atrás eu andava até esquecida, por causa dos remédios também, aí às vezes eu não lembrava que na quinta-feira eu tinha que vir para cá, mas meu marido lembrava, meu filho lembrava ‘não, vai para o CAPS, vai tomar banho e se arrumar que eu vou te levar’” (Olga, 53 anos, confeiteira).

Betânia inclusive relata os esforços do marido para se informar sobre a sua situação, que o fez participar de um treinamento junto aos profissionais de saúde que a trataram no seu primeiro atendimento para o transtorno mental:

“Meu marido ele aceita, fez até cursinho quando eu estava internada para saber como é que me trata, como é que lida comigo, como que pode ajudar, quando está em crise se tiver que ajudar de alguma maneira, ele fez tudo certinho, os dias tudo certinho ele foi, para aprender a conversar comigo, a lidar sabe?, quando está em crise para poder acalmar, esse tipo de coisa, tudo ele fez [...] ele achava que era tudo ruindade depois que ele viu que eu fiquei doente mesmo que não era coisas assim de maldade da pessoa daí ele viu que não que ele tinha que aprender a lidar comigo do jeito que eu sou sabe?, daí ele foi, eles dizem ‘curso’ né para aprender a lidar [...]” (Betânia, 36 anos, química).

A interação com os informados costuma ser mais fácil para os entrevistados, pois quando os familiares e amigos entendem que se trata de um problema de saúde, tendem a desenvolver uma certa tolerância com comportamentos que antes seriam censurados, como foi possível observar nas falas de Juliana e Betânia. Os informados ainda cumprem outro papel importante que é de incentivar (e às vezes fiscalizar) o tratamento médico, sendo que o fazem com medo de que a situação se agrave.

b) Não-informados

Diante de um novo interlocutor, a pessoa estigmatizada nunca sabe como este irá reagir, se será receptivo ou não, até que se estabeleça o contato. Assim, segundo Goffman (1988), é provável que a pessoa com estigma sinta que está em exibição ou passando por uma constante avaliação. Nessa situação, o novo interlocutor pode ser uma pessoa desconhecida como também alguém que já era do convívio, mas que agora tem que lidar com o novo status, já que no caso do transtorno mental, ele aparece em algum momento do desenvolvimento e faz com que a pessoa normal passe a ser estigmatizada.

“A família da minha ex namorada, eles tinham muito preconceito, têm muito preconceito com pessoas com algum tipo de transtorno, então era mimimi [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

“No dia que eu fui tentar contar para ele [ex-marido], que foi o dia inclusive que ele me tratou super mal, eu falei para ele ‘eu estou em tratamento, eu estou encostada da firma’, [ele falou] ‘Que? O que que você está encostada? Você está andando e está falando, você está bem’ quando a pessoa te fala isso vai adiantar você explicar?” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“A rua inteira tá sabendo, só que as pessoas me olham assim, tipo ninguém fala nada, é aquela coisa, o pessoal tem medo de falar sobre o assunto [...] ficam olhando assustada para gente [...]” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

A fala de Helena, assim como o primeiro trecho da fala de Juliana, aludem a uma posição assumida por um grande número de pessoas, que diante do desconhecimento sobre o transtorno mental, tendem a desqualificar a situação, achando que esta não é uma doença tão grave quanto as doenças físicas ou então que não se trata de uma doença, mas sim uma “frescura”. Já no relato final de Juliana podemos ver uma outra posição, que é o afastamento diante dessa doença que as pessoas não entendem direito o que é, e preferem manter distância da pessoa louca por medo do seu comportamento ou por medo de contaminação⁵⁵.

Houve ainda entrevistados que relataram o momento em que seus interlocutores passaram de não-informados para informados diante da presença do transtorno mental no convívio. Edson fala da transformação na compreensão sobre a depressão junto a sua família depois do seu diagnóstico. Já Olga relata como seus familiares conseguem interagir bem com ela, mas o mesmo não acontece com os seus amigos:

“[...] eu falei que tinha vergonha desse tipo de situação por causa da minha família que eles criticavam às vezes e agora ninguém critica mais. Antigamente eles criticavam que depressão era coisa de vagabundo, mas eu graças a Deus não era vagabundo, eram problemas do mundo, do dia a dia” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“A parte do tratamento que um pouquinho assim me incomodou no começo foi o preconceito, porque é muito difícil lidar com esse tipo de coisa... ver que as pessoas se afastam de você, isso é muito triste... Que você convive bem com as pessoas da sua família, teu marido, teus filhos, tua sogra, teu pai, teus irmãos né, mas ver que os amigos de repente se afastam, isso me incomodou um pouco” (Olga, 53 anos, confeiteira).

O relato de Edson mostra como ele também possuía pré-conceitos sobre a loucura e sobre como a própria pessoa doente ao receber o seu diagnóstico precisa fazer a transição para a condição de informado. Quando a família relaciona a depressão com vagabundagem (“coisa de vagabundo”), Edson rebate dizendo que ele não é vagabundo e que os depressivos não são vagabundos, mostrando que mesmo uma pessoa com

⁵⁵ A ideia de que a loucura poderia contaminar pessoas normais é bastante antiga e já passou por diversas reformulações. Douglas (2010) afirma que sempre que algo é considerado impuro por uma sociedade ela é evitada, busca-se sua eliminação, pois só assim seria possível impedir a desordem completa que ela representa. Uma forma de manter a sociedade livre da ameaça de desordem é através dos tabus, que no caso da loucura, se apresentam de três formas: o tabu sexual que serve para evitar o perigo da sujeira pelo sangue; o tabu de aliança que alerta para o perigo da intromissão dos loucos na trama social e o tabu do afeto que protege contra o perigo da ruptura das defesas psicológicas coletivas (JODELET, 2005).

transtorno mental pode ter algum tipo de preconceito em relação a essa situação, já que ela não foi louca a vida inteira, e por muito tempo fazia parte do grupo dos não informados.

c) *Preconceito e Estigma*

Para Goffman (1988), um ambiente social estabelece categorias de pessoas através de atributos que são considerados comuns e naturais e, a partir dessas categorias, criam-se expectativas normativas que estabelecem como as pessoas que estão diante de nós deveriam ser. Quando olhamos um estranho a nossa frente e percebemos atributos que o torna diferentes dos outros, ele passa a ser incluído numa categoria menos desejável, reduzindo-o a uma pessoa estragada ou diminuída. O estigma, portanto, tem a ver com a manutenção das normas, já que o símbolo do estigma só pode ser estabelecido onde há alguma expectativa, compactuada pelo grupo social, de que aqueles que se encontram numa certa categoria não deveriam apenas apoiar uma norma, mas também cumpri-la (GOFMMAN, 1988).

Dessa forma, afirma Goffman (1988), o estigma se estabelece quando um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana, possui um traço que se destaca e afasta aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de que a atenção seja destinada a outros atributos seus que poderiam ser considerados “normais”. Então, a pessoa estigmatizada representa para a sociedade uma dupla faceta: de um lado, a inferioridade por não cumprir as normas e de outro, o perigo, já que por definição, acredita-se que uma pessoa com estigma não seja completamente normal.

“A gente saiu uma vez para fazer um passeio nessa clínica que eu estava internada lá, as enfermeiras levaram a gente para um parque... tinha um parquinho do lado lá e levaram a gente para o parque e ela se afastou com um grupo de pacientes e nós sentamos num banquinho, estava eu e mais duas meninas, aí uma senhora com um cachorrinho sentou do lado da gente e falou assim: ‘menina do céu eu estou morrendo de medo’, aí eu falei: ‘mas porque a senhora está com medo?’, [senhora:] ‘é porque essa enfermeira traz um bando de louco para ficar aqui nesse parque e eu tenho medo que eles agredem a gente, vocês não tem medo de estar aqui?’, daí a gente: ‘não, a gente não tem medo’, aí ela falou: ‘ah, se fosse vocês eu tinha medo que aqueles lá são tudo louquinhos daquela casa de recuperação que tem ali, essa enfermeira, ela vem aqui essa enfermeira e traz esses louquinhos aqui e a gente perde a privacidade de estar aqui’, daí eu olhei para ela e falei: ‘a senhora sabia que a gente também faz tratamento lá?’, aí ela disse: ‘eu não acredito’, [eu] falei: ‘a gente faz tratamento lá, eu já faço tratamento lá faz um ano’. [...] Aquele dia eu vim embora triste, falei: ‘meu deus do céu como a gente é discriminado né’” (Betânia, 36 anos, química).

“[...] hoje está mais acessível, as pessoas estão entendendo mais né, porque tá falando na televisão, tá falando no rádio, mas antigamente, uns 10 anos atrás, 15 anos atrás, quando uma pessoa tinha isso ela não era considerada uma doença, era considerado que ela era diferente entendeu? que ela não respeitava a lei, que ela não conseguia viver em sociedade, mas ninguém tratava como doença. A partir do momento que isso começou a ser divulgado e aconteceu muitos casos de suicídio, por que teve muita gente que suicidou-se, que chegou no fim do poço e não teve ajuda, não teve compreensão, não teve atenção de ninguém [...] então eu acho que daí a partir desse momento as coisas melhoraram um pouco, mas ainda existe o preconceito” (Glória, 46 anos, do lar).

“Eu acho que a maioria das pessoas que tem esse tipo de problema sofre preconceito. Até quando, no meu emprego mesmo, que eu fui, o primeiro atestado que eu entreguei, o meu chefe [...] falou para mim que pobre não tem depressão, pobre tem frescura” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Nos relatos, destacamos o fato de que Betânia passou por normal num primeiro contato com uma nova interlocutora. Goffman (1988) diferencia entre as pessoas estigmatizadas aquelas que são desacreditadas e aquelas que são desacreditáveis. Se a marca do estigma é evidente no momento em que entramos em contato com a pessoa, essa pessoa é desacreditada. Quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela conhecimento prévio, essa pessoa é desacreditável. Glória percebe essa diferença acerca do estigma em suas experiências cotidianas e compara a situação da loucura com a da deficiência:

“O mais difícil para as pessoas com o nosso problema é o preconceito. Eles têm preconceito com quem não tem uma perna, com deficiente visual entende? só que eles estão mostrando né a deficiência deles, mas o preconceito existe até contra eles, existe infelizmente, eu não vou mentir, não adianta eu falar aqui para você que não existe, porque existe” (Glória, 46 anos, do lar).

Como vimos no primeiro capítulo, as várias concepções que a loucura teve na história explicam muitas vezes os preconceitos que os nossos entrevistados estão enfrentando atualmente, mas isso não significa que existir uma explicação faça ser menos doloroso passar por uma situação de discriminação. Todavia, é interessante observar como o status de louco está sendo resignificado por essas pessoas, que refletem sobre a sua situação (como fez Glória) e enfrentam os estigmas (como fez Betânia).

d) *Empatia e Solidariedade*

Como observamos acima, existe entre os entrevistados um descontentamento acerca das experiências de preconceito e estigmatização que estes sofrem em função do transtorno mental. Acompanhado desse descontentamento, vem uma receita que poderia amenizar a situação: mais empatia e solidariedade daqueles que convivem com os loucos, como podemos ver no trecho abaixo:

“O que eu queria eu jamais vou conseguir: que as pessoas se olham com mais atenção, que parem de maltratar os outros [...] que sejam mais flexíveis, que olhem com olhar de humildade, de caridade para as pessoas, porque às vezes o jeito que você trata uma pessoa você pode destruir a vida dela [...]” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Apesar do pedido de mais compreensão com a situação da loucura, uma situação vivida no CAPS nos levou a observar essa questão com maior profundidade: Numa tarde, uma das usuárias do serviço – que chamaremos de Madalena –, chegou ao CAPS com uma poesia em mãos, de autoria própria, e que gostaria que fosse lida aos colegas. Ela solicitou às duas profissionais que estavam coordenando a atividade que lessem a poesia junto com a oração para todas as pessoas presentes, o que lhe foi negado. Logo após, quando as pessoas foram separadas em dois grupos ela novamente solicitou a uma das profissionais que o texto fosse lido, e recebeu outra negativa junto com uma reprimenda de que estava atrapalhando a atividade. Madalena então apelou aos colegas, falou que a poesia os citava, mas também não recebeu a atenção que gostaria, já que os usuários que compartilham as atividades com ela, a consideram muito falante.

Madalena continuou com o papel em mãos durante quase toda a tarde, e depois do lanche, antes de iniciar a última atividade do turno, fomos incumbidas por ela e pela profissional que ali estava, de decidir o que fazer com a poesia. Rapidamente e sem conhecer o que os versos diziam, realizamos a leitura em voz alta para todos os presentes e, enquanto alguns usuários riam quando seus nomes apareciam, o que produziu em Madalena uma expressão que era um misto de contentamento e apreensão, tomamos consciência de como Madalena era apartada dos demais, mesmo entre os seus iguais.

Nas linhas que seguem, apresentamos alguns versos do poema intitulado “Queria ter uns amigos no CAPS”:

*Queria ter uns amigos no CAPS
Urrar de alegria se alguém ainda me atender
Entendendo-me talvez alguns não escapes*

*Respostas melhores terão como merecer
[...]
Os colegas são bacanas mas não me acham das favoráveis
Recusam fazer-me uma visita, só porque sou tagarela
[...]
Outros queria elogiá-los, porém, não deram-me seus nomes
[...]
Ofereço-lhes fiel amizade, pois sou honesta
[...]*

Esse episódio nos levou a analisar com mais cautela as afirmações que os entrevistados faziam sobre seus colegas de CAPS. Muitas vezes a empatia e a solidariedade que eles gostariam de receber por parte dos normais para com seu quadro de adoecimento mental, eles não conseguem manifestar para com seus colegas que estão enfrentando a mesma situação.

“Têm pessoas que vêm para o CAPS e não conversa com ninguém, não olha para ninguém” (Daniel, 33 anos, diarista).

“Daquela parte que tá agora lá embaixo eu não gosto [...] eu acho assim muito barulho, o pessoal fala bastante, dá risada [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Às vezes os desabafos de umas pessoas, a gente acha meio assim, não sei dizer como... a gente vê mais o histórico delas de agressão, raiva, ódio. Eu não sinto esse tipo de coisa não... tem uma que se corta, outra que faz isso, outra que faz aquilo, isso comigo não [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Eu estava no terminal daí veio um rapaz falar comigo, mas ele tem um outro problema, ele surta aí eu falei assim ‘ai meu deus o que que eu vou conversar com ele? ele surta’” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

Goffman (1988) entende que a pessoa estigmatizada viveria bem entre seus iguais, em comparação ao conflituoso convívio com os normais, já que poderia aprender sobre sua situação e sobre a carreira moral a ser desenvolvida a partir do seu estigma. Em nossa pesquisa essa conjectura não se comprovou, e podemos levantar como hipótese o fato que mesmo entre as pessoas com transtorno mental há uma valoração entre características mais e menos depreciativas, formando uma espécie de hierarquia onde aqueles que estão mais próximos dos normais querem se distanciar daqueles que são mais desacreditados, que tem sintomas da loucura mais visíveis. Assim, alguns loucos seriam mais aceitáveis em sociedade que outros.

Neto e Alves (2012), em pesquisa com depressivos, encontram uma situação similar, onde ter depressão não era considerado pelos participantes da pesquisa como ter um transtorno mental. Para aqueles que possuem quadros menos severos, a sua situação

não é uma “verdadeira” doença mental, de modo que eles podem se afastar dos estigmas e das situações de preconceito.

3.4 “ESSE MUNDO AÍ FORA”: RUPTURA BIOGRÁFICA

O diagnóstico de uma doença crônica, como no caso do transtorno mental, é compreendido como um evento ameaçador e arbitrário, produtor no mais das vezes, de uma ruptura biográfica, entendida aqui como um processo pelo qual a doença causa um rompimento das estruturas de explicação e significação nos indivíduos (BURY, 2011; CASTELLANOS, BARROS e COELHO, 2018). Esse tipo de ruptura “ressalta os recursos (cognitivos e materiais) disponíveis aos indivíduos, modos de explicação para a dor e o sofrimento, continuidades e descontinuidades entre o pensamento profissional e o leigo e fontes de variação da experiência” (BURY, 2011, p. 41). Em conjunto, tal ruptura exige que a pessoa reexamine sua trajetória de vida.

A ruptura biográfica, de acordo com Bury (2011), acontece em três aspectos: 1) ocorre uma ruptura com as receitas que a pessoa tinha para enfrentar a vida, os pressupostos e comportamentos que eram dados como certos já não funcionam; 2) essa ruptura leva a pessoa a uma revisão fundamental da sua autobiografia e seu autoconceito; e, 3) a pessoa reage à ruptura, mobilizando recursos no enfrentamento da situação.

O primeiro momento descrito, em que ocorre o enfraquecimento do estoque de conhecimento e dos esquemas explicativos que a pessoa possuía, pode deixá-la sem nenhuma explicação sobre a doença que a aflige. Diante desse empasse, uma dúvida se estabelece e a pessoa não sabe se deve revelar a doença, seja para as pessoas próximas ou mesmo para um profissional da saúde (BURY, 2011). Essa estratégia de silenciar sobre a doença aparece com frequência entre os entrevistados desse estudo:

“Eu já estava fazendo tratamento com psiquiatra, que eu tinha o plano de saúde, só que o meu marido não sabia que eu fazia tratamento com o psiquiatra” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Eu também via como a minha mãe acabava sofrendo com isso, então preferia esconder para não ver o sofrimento dela, então eu guardava a maioria das coisas para mim. Do meu pai também, de todo mundo próximo... para isso não acabar atingindo as pessoas que estão próximas de mim, eu acabava escondendo, não por vergonha, mas por preservação das pessoas que estão em volta de mim” (Helena, 20 anos, estudante).

“Para muitos eu escondi. Eu não falo porque eles discriminam a gente” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Só a nossa família mesmo que sabe, o resto de fora ninguém sabe que eu tenho essa doença [...] Eu tenho vergonha de falar que eu sou doente porque eu sei que vou ser discriminada.” (Betânia, 36 anos, química).

“Quase ninguém da igreja sabe que eu tomo remédio [...]” (Cícero, 19 anos, desempregado).

Bury (2011) explica que o silenciamento pode acontecer diante das dúvidas que acompanham a doença, tais como a incerteza do curso, do impacto e do comportamento apropriado frente aos seus efeitos. Essas dúvidas aparecem na narrativa dos nossos entrevistados, que se questionam se a doença vai piorar ou pode desaparecer algum dia, qual impacto dessa revelação para as suas relações sociais, se continuarão a ser aceitos pelos familiares e amigos e também se conseguirão se comportar adequadamente em lugares públicos ou, ao contrário, se irão surtar.

Lorena, por exemplo, tem uma estratégia detalhada para que ninguém saiba sobre seu diagnóstico de transtorno mental, mas acabou sendo traída por uma situação de agravamento do quadro e teve que pedir ajuda (e revelar o segredo) a uma vizinha e também pelo filho que contou à mãe de um amigo.

“Ali quem sabe que eu tenho esse problema são umas três vizinhas minhas e o meu marido só, o resto ninguém sabe. Porque na verdade, eu não me relaciono com ninguém ali né, então essas sabem, uma porque o marido dela... uma vez o meu marido pediu para me levar no pronto-atendimento que eu estava passando mal em casa, que ele tem carro e aí ela acabou sabendo que eu tinha. Uma outra porque o meu menino brinca muito com o filho dela e daí o filho dela ia na minha casa brincar com meu menino e um dia meu filho foi e falou bem assim ‘vamos brincar aqui porque a minha mãe não tá bem’, daí ela perguntou ‘o que que sua mãe tem?’ daí ele foi e falou. E uma outra porque ela é evangélica e daí ela que me convidou para ir [na igreja] e a gente foi e eu acabei comentando com ela que eu tinha problema psicológico” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Todavia, nem todos os entrevistados usam do silenciamento. Glória, por exemplo, não vê problema em falar sobre sua doença, ainda que suas irmãs que também têm transtorno mental prefiram guardar segredo sobre o diagnóstico.

“As minhas irmãs, teve umas duas, três que até têm, mas elas não aceitam que têm né, elas não demonstram, não gostam que as pessoas saibam. No meu caso não, eu não escondi, eu sou totalmente aberta, eu não tenho vergonha agora. Tem gente, elas devem ter vergonha né de falar isso, mas eu não tenho. Eu acho assim que eu procuro tratar, eu procuro me curar, por que vergonha é você ficar doente e não procurar recurso” (Glória, 46 anos, do lar).

Com a instauração de uma doença crônica, as pessoas começam a restringir seu território de ação e preferem frequentar apenas espaços familiares onde não fiquem expostas e vulneráveis aos olhares e perguntas de estranhos. Essa limitação é autoimposta e não tem relação com uma incapacidade se estar em determinados locais e realizar certas atividades, mas sim, é usada como uma forma de controlar a narrativa sobre sua identidade social (BURY, 2011, GOFFMAN, 2012). Vejamos como o isolamento aparece em alguns relatos das nossas entrevistadas:

“Eu não estou preparada ainda para sair sabe? nesse mundo aí fora assim, entre aspas, porque eu tenho medo do preconceito [...]” (Glória, 46 anos, do lar).

“Eu tenho poucos amigos, não tenho muita amizade [...] eu não sou uma pessoa que as pessoas fazem questão de estar perto de mim, daí eu me sinto muito sozinha, muito sozinha” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

Estudos demonstraram que o isolamento social, o desconforto de apresentar-se diante do outro e a desistência de manter relacionamentos sociais, são características desenvolvidas por pessoas que têm doenças crônicas (STRAUSS, 1975; BURY, 2011; RASIA; LAZZARETTI, 2015). Nesse sentido, os serviços de saúde se mostram como uma oportunidade de socialização, ainda que seja restrita e obrigatória:

“O bom é que eu saio um pouco de casa também, não fico só em casa” (Fabiana, 20 anos, desempregada - sobre frequentar o CAPS).

“[O CAPS] para mim é o único lugar que eu venho entende? eu não saio de casa, eu evito tá saindo, eu não gosto na verdade de estar com muita gente, eu sempre acho que alguém pode me fazer mal, me provocar, qualquer coisa assim, o lugar que eu venho aqui” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Eu sou antissocial, é difícil até ir na casa dos meus irmãos e tal, fico mais na minha casa quieta, se eu não vir para cá [CAPS] então eu fico o dia inteiro em casa” (Tereza, 48 anos, do lar).

Com a autoconsciência da doença, o mundo da vida cotidiana que antes não causava preocupações e era enfrentado pela pessoa a partir do seu estoque de conhecimento, agora exige ações e decisões deliberadas, já que as receitas antes utilizadas já não funcionam (BURY, 2011). Com isso, mudanças de comportamento podem ser observadas:

“Eu não voltei nunca mais dentro de shopping, tenho pavor de entrar. No mercado, o meu marido vai no mercado, às vezes eu entro com ele, às vezes não, se o supermercado tiver meio assim pouca gente eu entro, se não, não” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Depois da doença [...] às vezes eu sinto falta de como eu era, que eu sempre gostei de estar em festa, almoço junto com bastante gente, churrasquinho, tipo assim. Hoje em dia não eu me vejo mais nesses ambientes” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“sair eu não saio não. Para mim, ir para o centro da cidade é pior coisa que pode existir no mundo, uma por causa do movimento, de gente, falação, aglomeração... eu não posso mais ficar assim, se eu ficar assim eu passo mal, eu passo mal, mal, mal mesmo sabe? Daí o ônibus não anda, aquilo vai me dando aquela agonia, aquela ansiedade, aquela angústia... Enquanto eu não botar o pé para dentro de casa não está bom [...]” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Todas as rupturas aqui retratadas falam de uma incapacidade da pessoa doente de integrar as experiências vividas a partir da emergência do transtorno mental em uma história aceitável. Narrar a própria vida é uma forma de constituir a identidade pessoal e atribuir significado às vivências. Dessa maneira, “[...] uma vida é a história dessa vida, em busca de narração” portanto “compreender-se a si mesmo, é ser capaz de contar histórias sobre si próprio que sejam inteligíveis e aceitáveis, especialmente aceitáveis” (RICOUER, 1994, p. 3, tradução nossa). Assim, se o transtorno mental interrompe a narrativa que estava sendo desenvolvida, torna-se fundamental que a pessoa possa recomeçar a contar a sua história, atribuindo sentidos às experiências atuais e passadas, e esta pode ser uma parte importante da terapêutica.

Betânia faz uma reflexão sobre seu novo *status* e sua nova situação de vida: uma pessoa que tem transtorno mental:

“Mas aprendi a conviver com a doença porque é difícil, porque você para pra pensar: uma pessoa que trabalhou a vida inteira, teve uma vida saudável a vida inteira e de repente se depara de frente com uma coisa que você não sabe o que é, não sabe como lidar, você não tem o que fazer... ou você aceita aquilo ali ou você aceita [...]” (Betânia, 36 anos, química).

Assim como Betânia, muito outros entrevistados passaram por rupturas e experiências parecidas, conformado àquilo que Goffman chamou de carreira moral do doente mental. Por carreira moral, o autor compreende a trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida, nessa perspectiva, pessoas que compartilham uma característica poderão ter trajetórias semelhantes, em especial, no que diz respeito a aprendizagem relativa à sua condição e às mudanças produzidas na concepção do eu

(GOFFMAN, 1961, 1988). A análise se centra nas transformações que a atribuição do *status* de doente mental traz “[...] para sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (GOFFMAN, 1961, p. 24).

Uma das características da carreira moral do doente crônico é que, a partir do diagnóstico, a vida dos doentes passa a se organizar em torno das exigências e dos limites impostos pela doença e pelo tratamento (RASIA; LAZZARETTI, 2015). Isso gera grandes repercussões na vida cotidiana, por exemplo, Cícero, Glória e Helena contam como a doença impediu que continuassem sua formação:

“Por causa da minha doença eu tive que parar [com o curso de técnico em Administração] porque eu não estava me sentindo muito bem psicologicamente falando assim, aí eu tive que parar. Eu ia continuar, mas como não tem opção de continuar porque eu fiquei um ano e meio parado, aí eu vou começar do zero” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Eu quis ser psicóloga [...] mas eu não consegui passar na prova do Enem, eu fiz duas vezes mas não consegui por causa da ansiedade que foi muito grande [...]” (Glória, 46 anos, do lar).

“Eu perdi dois anos na escola por causa disso, perdi porquê eu não consegui entrar na sala de aula, mas as minhas notas eram altas eu só reprovei por falta mesmo [...] eu tava indo para escola, eu passava pela escola e tomava um rumo sei lá onde... e aí ficava sentada, eu ficava 5 horas sentada nos mesmos lugares parada olhando o movimento dos carros porque não queria entrar na sala de aula” (Helena, 20 anos, estudante).

Outra ruptura importante é o trabalho, pois com o transtorno mental vem o afastamento do emprego e suas consequências. O trabalho pode representar um lugar onde a pessoa se sente realizada, onde estabelece relações sociais e encontra sentido para a vida. Além disso, estar empregado também significa receber um salário, que muitas vezes é fundamental para a sobrevivência da família. No relato de Betânia podemos acompanhar como o trabalho era algo que a deixava orgulhosa e que agora ela não pode mais exercer; já nos relatos de Adélia e Fabiana, é possível observar a questão financeira:

“Vou dizer para você que é a coisa que eu mais sinto falta na minha vida, de ter autonomia, de poder trabalhar, por mais que eu sou aposentada e tudo hoje, mas eu gostaria de não ter essa doença e poder estar trabalhando... ter a vida normal que eu tinha antes. Por mais que era corrido, levantava de madrugada para poder ir trabalhar e chegava só de noite em casa, mesmo assim era uma coisa que eu escolhi para trabalhar. Eu estudei demais, eu sofri para poder me formar, tinha dias de deixar de comer para poder pagar

a faculdade e tudo para depois você estar formada e não conseguir mais exercer o seu trabalho.... é muito triste” (Betânia, 36 anos, química).

“Eu não sou louca entende? e agora para mim ficar afastada... o médico do trabalho também... eu tenho que me virar, eu tenho que me virar para poder me sustentar [...] o médico do trabalho que fala: ‘você não tem condições de voltar a trabalhar ali, porque você pode se cortar, pode acontecer tal coisa’. Mas eu não vou me cortar, quando eu estou bem eu não vou me cortar” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

“[A doença] atrapalhou bastante. Estou perdendo de ganhar o meu dinheiro suado, meu dinheiro suado, esse dinheiro que dá alegria, não dá alegria esse dinheiro que eu recebo.” (Fabiana, 20 anos, desempregada – sobre não estar trabalhando e receber auxílio governamental).

Goffman (1961) já demonstrou como as pessoas com *status* de doente mental acabam perdendo alguns dos papéis sociais que desempenham – como o de trabalhador – quando são internados em um hospital psiquiátrico, onde ficam apartados fisicamente da sociedade. Nessa pesquisa podemos perceber como essa perda se mantém, mesmo para aqueles doentes que são atendidos em meio aberto, pois permanecem separados da sociedade, ainda que simbolicamente, já que suspendem suas vidas para realizar o tratamento.

A ruptura com o trabalho pode acontecer de diferentes modos, sendo comum que um médico do trabalho ordene o afastamento da função diante da incapacidade da pessoa de continuar exercendo suas atividades ou, a própria pessoa pedir demissão para se dedicar exclusivamente ao tratamento. Todavia, existem situações em a pessoa com transtorno mental é dispensada justamente pelo seu diagnóstico, ou ainda, que nas entrevistas de emprego os sintomas já ficariam evidentes e impediriam uma contratação:

“Na verdade, a mulher me dispensou. Quando ela [patroa] descobriu que eu estava fazendo tratamento psicológico ela me dispensou.” (Olga, 53 anos, confeitira).

“Eu já perdi um serviço assim, contei que eu tomava o medicamento e acabei perdendo o serviço.” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Eu sinto saudade do serviço militar, porque eu fiz guarda mirim né... Aí eu gostaria de servir ou ser soldado, mas fui dispensado [...] fui dispensado no final das contas por causa do remédio que eu tomo” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“No trabalho, quando ia fazer entrevista de trabalho... porque sempre passava pela psicóloga né e lá a psicóloga sempre percebia [o transtorno], porque parece que não é que não é aparente, que não tá mostrando, mas dá para perceber. A pessoa que é mais estudada, que já sabe como lidar, ela percebe, nem que seja uma folhinha assim sabe? e ali já venha o preconceito ‘não, vamos reprovar’” (Glória, 46 anos, do lar).

Com a impossibilidade de trabalhar, ainda que haja o desejo, a alternativa que se apresenta é o benefício social⁵⁶ do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que possui diretrizes para que as pessoas com transtornos mentais sejam amparadas na sua doença. Ainda assim, esse caminho não é fácil de ser percorrido e os entrevistados reclamam dos constrangimentos que passam em seus atendimentos no INSS ou da dificuldade que é levar o processo adiante.

“Eu fui ao INSS. Quando eu fiquei internada, eu não consegui receber, eu não consegui, então eu me senti muito mal, fui tratada muito mal, eu nunca mais tive vontade, nem coragem, de voltar lá [...] O preconceito deles é maior do que o conhecimento. O conhecimento eles até têm, eles até têm, mas eles têm na prática assim, como é que eu posso falar assim, eles conhecem por lei, por saber, mas eles não têm na pele, não sentiram, não passaram por isso [...]” (Glória, 46 anos, do lar).

“Peguei seis meses de auxílio-doença pelo atestado psiquiátrico, depois não consegui pegar mais... Até eu nem queria mais fazer porque nossa! É humilhante demais você ter que contar umas coisas, certas coisas que aconteceram, cada vez para uma pessoa diferente e eles te olharem e acharem assim que... você vê que eles estão falando ‘Nossa, nada a ver’ e é coisa sua sabe? [...], mas eu vou ter que fazer outro, vou ter que ir lá de novo, vou ter que passar por toda aquela humilhação de novo” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“O auxílio-doença, que tá complicado para receber [...] eu estou sem receber o auxílio né, está na mão do advogado [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Mesmo sendo um direito garantido pela Constituição de 1988, o processo é tão cheio de complicações que existem muitas pessoas com transtorno mental que simplesmente desistem de receber o valor que lhes corresponde, e isso impacta no tratamento, como veremos no capítulo 5. Chama a atenção também os relatos de preconceito, já que os entrevistados não conseguem conceber como um funcionário que está trabalhando no serviço público com a função de receber e avaliar pessoas com transtorno mental, não tem habilidade para lidar com esse público e desconhece as particularidades do transtorno mental.

Para finalizar, apresentamos o caso de Lorena e como a doença atravessou a sua vida, levando-a mudar de cidade, com a família toda, para ter acesso a um atendimento especializado em saúde mental. A entrevistada conta que em sua cidade de origem, que tinha menos de 10 mil habitantes, havia apenas serviços básicos de saúde e com o

⁵⁶ As pessoas com diagnóstico de transtorno mental estão aptas a receber os seguintes benefícios sociais: Benefício de Prestação Continuada – BPC (Regulamentado pela Lei 8.742/93); Auxílio doença; Aposentadoria por invalidez e Aposentadoria especial (as três últimas opções são regulamentadas pela Lei nº 8.213/91).

recebimento do diagnóstico do transtorno mental, ela achou melhor mudar-se para Colombo, a 150 km de distância, para garantir o tratamento psiquiátrico e psicológico:

“Eu vim para cá depois que eu fui diagnosticada já, [...] quando eu vi que eu tinha esse problema e que eu ia ter que fazer tratamento daí eu vim embora para cá porque lá na minha cidade não tem psicóloga, não tem esse tipo de coisa” (Lorena, 39 anos, vigilante).

O isolamento social, a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados, a diminuição das interações sociais, o abandono de projetos futuros e mesmo o período de tempo que é gasto com o tratamento causa o que Goffman (1961) chamou de morte civil. Esse conceito é usado para falar de como uma pessoa com diagnóstico de transtorno mental, a exemplo do caso supracitado, se afasta do mundo (ou é afastada dele) e não consegue investir em educação, em uma profissão ou em suas relações pessoais. Isso pode levar a perdas irreparáveis, que mesmo quando a doença é amenizada, muitas vezes não se faz possível recuperar o tempo, as perdas e os danos.

Ao desenvolver as suas ações no mundo da vida cotidiana, as pessoas o fazem segundo um cálculo ou projeto previamente elaborado, um esboço em que realizam idealmente a ação que pretendem colocar em prática. Esses planos existem em fluxos, onde se elabora um plano para o momento, para o dia, para as férias, um plano para a carreira profissional ou para a vida. São planos que visam o futuro, e que são determinados pelo foco de interesse no momento presente e pelo estoque de conhecimento disponível (SCHUTZ, 2012).

O grau de clareza do projeto pode variar desde a total vagueza até um alto grau de detalhamento, e, segundo Schutz (2012), se a pessoa for bem sucedida em manter seu plano consistente e compatível com o estoque de conhecimento, existe uma chance expressiva de que a sua ação futura irá corresponder, ao menos em tipo, com o projeto tal qual foi antecipado.

No entanto, com o diagnóstico da doença e o rompimento com as certezas do estoque do conhecimento, as expectativas e os planos que a pessoa agora doente tem em relação ao futuro precisam ser reexaminados (BURY, 2011). A doença crônica colocaria então o futuro sob ameaça (CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018) e este fato parece interferir na capacidade das pessoas em projetar suas ações futuras, que acabam por girar apenas em torno do interesse atual, o transtorno mental:

“Qual é sua meta?” e eu ‘a minha meta é não ser internada, se eu não for internada tá ótimo’” (Helena, 20 anos, estudante).

“Eu quero levar isso como um aprendizado para mim. Não quero mais tentar tirar a minha vida e deixar as minhas filhas pequenininhas para trás. Eu quero ver elas crescerem, se formarem, ter um futuro pela frente. Não quero mais pensar ‘eu não quero mais viver porque eu estou atrapalhando todo mundo’” (Betânia, 36 anos, química).

Aqui podemos ver o impacto da ruptura biográfica causada pela doença, onde “o indivíduo não consegue se situar em relação a sua história passada e nem projetar seu futuro” (RASIA; LAZZARETTI, 2015, p. 35). Nesse sentido, qualquer projeto posterior fica condicionado pela doença, em conseguir controlá-la ou então em encontrar uma cura, onde o futuro começaria a partir daí.

“Eu tenho planos, eu tenho planos... aí eu vou ficar só no ambulatório. Eu não vou desistir do tratamento: vou no ambulatório, vou no psicólogo. Se eu não vier aqui eu vou no psicólogo do SUS né, vou continuar o tratamento... o tratamento não pode parar, se parar complica tudo né.” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Os meus planos é tipo assim: retomar a minha vida né... ser feliz, deixar de tomar tanto remédio, que tomo muito remédio né e ser feliz né [...]” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Podemos observar que Ivone e Edson vivem naquilo que Rasia e Lazzaretti (2015) chamam de tempo imediato da doença, do tratamento e suas exigências, em que a vida fica suspensa entre os afazeres terapêuticos. Neste cenário, é impossível pensar o futuro em longo prazo, porque todas as demais tarefas da vida ficaram relegadas a um segundo plano. Com isso, Edson concentra seu interesse no transtorno mental e elabora um plano de ação em detalhes para um momento temporal próximo, com base nesse interesse, mostrando a centralidade que a doença tem em sua vida.

Esse plano mais estreito de Edson acabará se conectando com outros projetos, com o plano da vida, onde um “fim é somente um meio para outro fim; qualquer projeto é um projeto dentro de um sistema maior” (SCHUTZ, 2012, p.164). Assim, segundo o autor, no momento do planejamento, a situação biograficamente determinada em que a pessoa está inserida, acaba por selecionar os elementos relevantes para o seu propósito mais imediato. Portanto, estando o indivíduo em tratamento para o transtorno mental, o seu plano imediato se desenha como a cura ou a melhora do quadro, e atingindo esse projeto, outros poderão ser pensados.

“Eu tenho esperança de sarar né e trabalhar um dia” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

“Eu espero não retroceder ao momento em que eu iniciei, para trás na minha vida né, de uns meses para trás, quero manter o que eu fiz hoje, quero não precisar mais do CAPS, não quero mais depender de remédio... eu vou lutar pelos meus ideais, pelo que eu quero, isso é muito mais que eu pretendo e tentar viver bem” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Eu acho que eu vou receber alta! [...] Sem remédio e vida normal!” (Olga, 53 anos, confeitira).

“Imagino coisas boas. Quero terminar meus estudos. Não depender dos remédios, se Deus quiser” (Rafael, 19 anos, estudante).

Nesse sentido, a alta é um evento que parece estar sempre no horizonte dos entrevistados, muito embora não dependa deles para ser realizado, então é possível que esse plano para o futuro possa ser frustrado de diferentes maneiras.

“O médico não quer me dar alta, que eu já pedi várias vezes... ele não me dá alta, ele não quer me dar alta. Eu já falei ‘um dia eu quero alta’, mas ninguém quer se responsabilizar né” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Eu tenho medo, pavor, só de falar que eu vou ter alta eu já fico apavorada porque o CAPS acaba se tornando uma casa para a gente, é um porto seguro” (Glória, 46 anos, do lar).

As diferentes representações sobre a alta dependem muito das experiências individuais com o tratamento e de como eles estão se sentindo no momento. Uma das nossas entrevistadas, por exemplo, estava começando o processo de alta no momento da pesquisa e relatou com alegria a sua melhora:

“Eu tive uma consulta sexta-feira e o doutor tirou um dos meus remédios. Disse que eu estou 80% boa e que ele ia tirar um dos remédios e aí eu fiquei só com dois e marcou outra consulta para fevereiro... disse que se eu estiver como eu estou agora, ele vai tirar o outro remédio e daí já há uma possibilidade de ganhar alta do CAPS” (Olga, 53 anos, confeitira).

É possível perceber, portanto, como a ruptura biográfica causada pelo transtorno mental pode causar uma fissura tão grande, que se torna difícil para a pessoa retomar a sua vida após o período dedicado à doença e ao tratamento. Isso gera tanto a dificuldade de fazer planos e projetar o futuro, como pode levar também ao desejo de permanecer no serviço de saúde mental, como vimos no relato de Glória.

3.5 “TEM COMO CUIDAR DA DOENÇA”: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E FATORES DE PROTEÇÃO

Como já vimos no capítulo 2, as pessoas agem no mundo referenciadas pelo estoque de conhecimento, um quadro interpretativo que dá ordem a vida cotidiana. Esse estoque reúne as nossas experiências prévias, assim como o conhecimento que nos foi transmitido por nossos pais, familiares, professores e demais pessoas com quem entramos em contato, fornecendo receitas para agirmos diante das situações que surgem (SCHUTZ, 2012).

A doença é um desses eventos que se apresentam, e muitas vezes não há nada no estoque de conhecimento que a pessoa já possui que a ajude a lidar com o adoecimento, sendo necessário começar uma jornada em busca de novos saberes, que como já vimos aqui, muitas vezes são biomédicos. Mas quando a desorganização inicial trazida pelo diagnóstico passa, a pessoa concebe a cronicidade do transtorno mental. Então, a possibilidade de conviver com essa situação por muito tempo, pode fazer com que a pessoa se volte para as suas antigas receitas de mundo, a fim de encontrar uma forma particular de enfrentar o problema, visando aquilo que já funcionou anteriormente.

Em nossa pesquisa, reconhecemos várias dessas fórmulas singulares, que desde já, chamaremos de estratégias de enfrentamento e fatores de proteção.

Auto-observação

A pessoa com transtorno mental não passa todo o tempo em crise ou surto, ao contrário, se ela estiver em tratamento médico, esses momentos podem ser bem raros. Ainda assim, eles são sempre uma ameaça pairando, pois quando ocorrem trazem rupturas e consequências negativas para os doentes e suas famílias, além de demandar muitos recursos na sua administração. Existe então um esforço constante para tentar evitar que a crise se instale, de maneira que os entrevistados colocam todos os seus atos sob exame, com objetivo de tentar identificar os primeiros indícios de um surto chegando.

“Já consigo me policiar. Quando eu vejo que vai dar as crises e começa a tremer o canto da boca assim sabe? Começa a dar aquela tremedeira, aquela palpitação, eu já sei que eu preciso do medicamento para poder me controlar e assim eu tenho levado a minha vida” (Betânia, 36 anos, química).

“Hoje em dia eu sinto uma sensação ruim sabe? e quando eu sinto essa sensação ruim dá vontade de ficar em casa, dá vontade de não sair para

nada, dá vontade de não socializar, não chegar perto dos amigos, mas eu faço totalmente contrário. Quando eu estou com esse sentimento ruim aí que eu falo 'vou sair'. Ou quando eu estou na rua e me dá essa sensação eu falo 'vou continuar, vou continuar aqui, não vou embora' e eu acho que isso é um esforço que eu estou fazendo para tentar melhorar” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Eu tive uma melhora de uns anos para cá. Realmente eu aprendi a me conhecer depois que eu comecei a fazer os tratamentos tudo. A gente acaba se conhecendo e acaba sabendo o modo de agir quando está querendo entrar em uma crise né” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Ao reconhecer os primeiros sinais da crise, como o canto da boca tremendo para Betânia, é possível desenvolver um plano de ação para aquela situação, tomar o controle diante da crise, pelo menos de alguma forma, já que o surto representa a desordem. Marcos não detalhou o seu modo de agir perante a crise, mas Betânia apela para os medicamentos e Kevin faz o enfrentamento da situação.

Outra situação em que a auto-observação é utilizada é no uso dos medicamentos, uma vez que a vida da pessoa com transtorno mental orbita em torno deles, como já mencionamos. Assim, a interação do remédio com o organismo é colocada sob escrutínio, e é realizada uma avaliação para decidir se se mantém ou não aquela medicação ou dose:

“O primeiro antipsicótico que eu tomei eu tive uma coisa meio ruim assim porque eu começava a ver muitas bolinhas pretas e aí começava aquela ansiedade, vultos e começou a dar umas coisas estranhas aí eu 'mãe não consigo tomar esse remédio', aí trocamos [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

“O risperidona que eu tomava assim... que eu fui e falei para ele [psiquiatra] que eu achei que não estava me fazendo bem, mas daí ele mesmo olhou lá e falou que ia trocar e trocou” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Dentre as estratégias de enfrentamento do transtorno mental, podemos classificar a auto-observação como sendo constantemente aplicada, principalmente no momento pré-crise. Nesse sentido, esta talvez seja a fórmula mais frequentemente utilizada para encarar a presença da loucura no cotidiano.

Isolamento

Quando a auto-observação funciona e a pessoa percebe a crise chegando, uma outra forma de enfrentamento que ela pode utilizar é buscar o isolamento, para reduzir os danos que podem ser causados pelo evento:

“Hoje eu consigo me controlar. Quando eu vejo que eu estou saindo fora do limite, eu já sei o remédio que eu tenho que tomar ou se eu tenho que me trancar sozinha... porque eu tenho medo de explodir perto das minhas filhas, perto do meu marido. Porque às vezes quando dá essas crises fortes em mim, eu entro dentro do quarto, fecho tudo, espanco o travesseiro, soqueio a cama, mas não fico perto deles” (Betânia, 36 anos, química).

“Quando eu vejo que está complicando a coisa, eu me afasto de todo mundo, fico quietinha no meu canto até passar aquela agonia.” (Betânia, 36 anos, química).

“Geralmente me isolo, eu fico irritado, mas eu me isolo e fico me contendo lá... eu fico, fico, fico até eu explodir” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

O isolamento parece ter como principal função evitar que as pessoas próximas sejam afetadas pela crise. Como os entrevistados não conseguem prever como irão agir durante o episódio, se ficarão agressivos, quebrando coisas e proferindo ofensas, como já aconteceu no passado, eles preferem se afastar e enfrentar a crise sozinhos, às vezes colocando barreiras físicas entre si e o mundo, como quando Betânia se tranca no quarto.

Arte

Historicamente a arte é vista como uma possibilidade terapêutica para a loucura. Embora não seja desse tipo de abordagem artística que estamos tratando aqui – proposta estrategicamente pelos profissionais de um serviço de saúde mental, no formato de um exercício específico para cumprir objetivos terapêuticos –, a arte usada como estratégia de enfrentamento já está presente na vida da pessoa e é resignificada para ajudar a lidar com os sintomas, como podemos ver abaixo:

“Tudo que eu vejo e eu sonho, eu desenho [...]. Eu acho que fica mais fácil lutar com os monstros quando você consegue vê-los [...] eu comecei a observar tudo aquilo que eu via nos sonhos. Que às vezes a gente vê coisas repetidas e aí eu desenhava, colocava lá o que eu via naquele monstro e que talvez não fosse o forte dele. Aí se eu tivesse dentro do sonho, muitas vezes eu conseguia isso dentro dos sonhos, é muito engraçado, você sonha com algo, daí eu desenhava, daí eu sonhava de novo, aí no outro sonho quando eu conseguia ver ele, aí eu enfrentava, era engraçado, aí não aparecia mais [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

“Antigamente eu tinha vontade de me matar e aí eu desenhava a forma como eu ia me matar. Desenhava uns desenhos bem psicodélicos assim, bem surreal, bem legal... eu gosto de desenhar até hoje e não sei, é uma terapia para mim [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Eu pinto casinhas de boneca. [...] Distrai, ocupa a cabeça” (Olga, 53 anos, confeitadeira).

Helena sempre teve sonhos muito vívidos, desde a infância, com monstros e outras criaturas assustadoras que acabavam repercutindo no seu cotidiano. Ela então desenvolveu uma estratégia para tentar enfrentar os monstros durante o próprio sonho, ao invés de passar o dia com eles: desenhá-los. Helena passou a colocar aquelas figuras que a perseguiam no papel, onde eles eram vistos e analisados, assim poderia descobrir os seus pontos fracos e eles seriam menos ameaçadores quando ela voltasse a dormir.

Kevin tem uma ligação muito forte com a arte, em especial desenhos, grafites e fotografia, e inclusive já manifestou seu interesse em cursar uma faculdade nessa área, mesmo que não desse dinheiro, conforme ele mesmo relata. Assim, sendo algo tão central em sua vida, ele passou a usá-la como uma forma de enfrentar as ideações suicidas, colocando a sua energia em produzir um desenho, para não chegar às vias de fato.

A estratégia de usar a arte como uma forma de “distrair” os sintomas também é utilizada por Olga. A entrevistada já fazia artesanato antes da emergência do transtorno mental na sua vida, mas agora ele ganha um novo significado, pois “ocupa a cabeça” e assim afasta as crises.

Se a auto-observação é utilizada pré- crise e o isolamento é usado na crise, a arte é uma estratégia de enfrentamento que pode ser usada nos dois momentos, como observamos, quando Kevin utiliza no momento de maior agravamento e Olga usa para afastar os sintomas mais intensos e se manter estável. Apesar disso, a arte só teve esses efeitos benéficos porque já estava presente como uma possibilidade no estoque de conhecimento do doente, era uma receita já testada e que ganhou um novo sentido diante da experiência da doença.

Laços afetivos

Mais que uma estratégia de enfrentamento, os laços afetivos são vistos pelos entrevistados como um fator de proteção contra a doença que eles podem ter sempre por perto:

“Eu gosto muito de cuidar do meu neto né, porque ele me deu ânimo, ele me dá... eu sei que eu tenho que levantar, que eu tenho ele para cuidar. Que nem eu levo ele na escola, eu busco ele na escola né. Como ele para comigo, ele é como um filho meu, então eu tenho um incentivo na minha vida [...] agora eu tenho uma netinha também de 2 meses, eu também transfiro para ela a vontade de viver [...] me dá uma vontade de viver, a vontade que eu não

“tinha há mais de 20 anos, essa vontade de viver, que eu falo: por alguém eu vou viver, eu vou ter que viver. ela vai precisar de mim, para ela andar, para ela crescer” (Glória, 46 anos, do lar).

“Eu tenho uma neta que é a minha vida, é a minha adoração... Ela tem 10 anos. Hoje ela tem 10 anos, é a minha paixão. Hoje eu luto, eu vou ser sincera com você, hoje eu luto não é por mim, por mim eu não ligo mais nada, eu luto por ela, porque ela pede para mim lutar, para mim poder ficar com ela [...]” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“E aí depois eu comecei a melhorar com remédios, dava para ver, não só por isso, mas por que eu acho que naquele momento, minha mãe já tinha dado provas que ela estava disposta a me ajudar [...]” (Helena, 20 anos, estudante).

Já vimos no item *Interações Sociais* que as relações das pessoas próximas ao doente com a loucura podem ser mais ou menos conflituosas, mas aqui esta questão volta porque os entrevistados entendem que as interações que são permeadas de afeto podem ser benéficas para a sua situação. Helena, por exemplo, fala de como o apoio incondicional de sua mãe a ajudou a encarar a doença e não mais esconder os sintomas, para que pudesse receber ajuda de profissionais da saúde. Já Glória e Noemi falam sobre como estar presente no cotidiano dos seus netos pode trazer uma nova motivação para viver.

Organização e rotina

Essa estratégia de enfrentamento recupera o argumento dos entrevistados já usado em relação a arte: manter-se ocupado é bom para a saúde mental:

“Eu tenho isso para me organizar... como é que fala? me organizar assim, para ter uma rotina. [...] eu tenho tipo o horário da leitura, geralmente eu leio das 5 às 6” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Porque daí eu sei que a minha neta vai vir para almoçar... eu tenho horário de pôr a comida na mesa, eu tenho horário de por ela me escolar, então assim, isso para mim ocupa o dia [...]” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Eu faço as coisas em casa: lavar roupa, eu faço comida [...] e que me ajudam também, eu acho as tarefas de casa... consigo fazer alguma coisa [...]” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Lendo esses relatos é impossível não lembrar do ditado popular “cabeça vazia é oficina do diabo”. Parece ser exatamente a essa lógica que os entrevistados recorrem quando querem “ocupar a cabeça” e “ter uma rotina” para evitar que o diabo se apresente, ou nesse caso, que a loucura se apresente. Todavia é curioso notar a diferença

de gênero, já que para Cícero a rotina envolve horário para leitura e caminhadas, enquanto para Noemi e Selma, são os afazeres domésticos que se impõe como rotina.

Lazer

A última estratégia de enfrentamento se apresenta como uma busca pela qualidade de vida, que é tão afetada pela presença do transtorno mental:

“[...] eu sempre estou indo, em constante movimento, não fico parado... não paro em casa... Minha mãe até reclama, mas eu não paro em casa: saio com os amigos, vou jogar basquete, estou sempre com a mente ocupada. Igual meu irmão falou: ‘se ficar parado vai ser pior, porque se você sair, fazer atividades, vai ser melhor para você’ e eu acho que é legal isso” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Quando eu vejo que tá vindo esses sinais, eu tento fazer alguma atividade, alguma coisa que me desfoque disso, do problema que eu tô tendo ali, por exemplo eu vou correr no parque [...]” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Eu gosto de passear, gosto de viajar... quando fala que vai viajar eu fico feliz da vida! E gosto de ir na pizzaria também!” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Aqui o lazer aparece como uma estratégia de substituição. No lugar do sintoma, os entrevistados colocam uma atividade ao ar livre, um esporte, um passeio, uma viagem e assim, o sintoma não mais exerce domínio sobre a vida cotidiana dessas pessoas. É possível também observar o quanto se busca uma resignificação da doença através dessa estratégia, pois se a loucura muitas vezes é identificada com tristeza, choro ou apatia, a pessoa doente busca fazer exatamente o oposto, persegue atividades que são identificadas com a felicidade, para afastar a loucura.

4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E OPÇÕES DE CUIDADO PARA O TRANSTORNO MENTAL

O Itinerário Terapêutico (IT) diz respeito à reconstituição dos percursos das pessoas na busca de cuidados para uma aflição, e nessa pesquisa em específico, o cuidado para o transtorno mental. A análise foi conduzida a partir de dois aspectos, conforme a proposição de Alves (2016): a) investigação das condutas passadas (ações já realizadas) com o objetivo de tratamento e cura para o problema de saúde; e b) identificação das dificuldades enfrentadas pelas pessoas, e seus respectivos grupos sociais, na eleição de uma modalidade terapêutica, bem como, as situações que as fizeram abandonar uma e outra opção de cuidado.

A doença e a cura são experiências construídas intersubjetivamente, sendo, portanto, realidades processuais vivenciadas de maneira distinta pelas pessoas e não um acontecimento fechado e acabado. Curadores e doentes estão frequentemente negociando os significados da enfermidade e do cuidado, cada qual com seu conhecimento prévio e expectativas futuras, que são colocadas em jogo nas instituições de saúde, na religião e nos demais locais onde é possível encontrar cuidado (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). Assim sendo, investigar o itinerário terapêutico é uma forma de compreender o campo mais amplo de atenção à saúde, que abrange também a experiência de doença e seus significados.

Ao longo desse capítulo abordamos a forma como as pessoas com diagnóstico de transtorno mental fazem as suas escolhas terapêuticas, quais são os tratamentos disponíveis e, também, quais são as opções de cuidado preferenciais. O foco será a descrição desses processos.

O que tipicamente se faz diante de uma dificuldade é procurar entre as receitas de mundo que já conhecemos como solucionar essa questão. Isto ocorre também em relação a doença; recorremos a serviços de saúde e opções de cuidado que já utilizamos anteriormente. Se estas não se mostram efetivas, precisamos ampliar o nosso leque de opções e investigar no mundo ao nosso alcance, outras possibilidades.

Esse modo de proceder em relação ao mundo pode ser vista em uma atividade realizada dentro da programação do *II Fórum de Saúde Mental*⁵⁷ em que profissionais de saúde, funcionários da administração pública e usuários de saúde mental (divididos

⁵⁷ O II Fórum de Saúde Mental do município de Colombo-PR foi realizado no dia 04 de outubro de 2017, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro). O evento foi organizado pela Coordenação de Saúde Mental do município, CAPS AD e CAPS TM e contou com palestras e oficinas.

em dois grupos mistos) foram convidados a listar os lugares onde se poderia buscar ajuda em saúde mental no município de Colombo. Vejamos um pequeno relato do caderno de campo sobre essa atividade:

“O primeiro impulso é reduzir a rede de atenção à saúde mental à UBS e ao CAPS e só com alguma reflexão é que os outros serviços apareceram (CRAS, CREAS, Centro POP, SAMU, Pronto-atendimento, Farmácia). Os dois grupos chegaram a resultados muito semelhantes com diferença que um dos cartazes tinha como acréscimo os seguintes itens: ACS, Centro de Convivência, Associação de moradores e Guarda Municipal” (Caderno de campo, outubro de 2017).

A listagem dos serviços acima apresentada foi elaborada basicamente pelos profissionais de saúde ali presentes, mas é muito próxima daqueles serviços encontrados em nossas entrevistas e que veremos a seguir. A presença de tantos locais, sendo que nem todos são instituições de saúde, pode ser chamada de pluralismo terapêutico. Isso ocorre porque as práticas de cuidado são tecidas a partir de diferentes combinações, em contextos culturais e sociais distintos e, sobretudo, de acordo com a disponibilidade de recursos (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A partir da leitura do material coletado e dos significados trazidos pelos próprios participantes, foi possível organizar esse pluralismo terapêutico em três grandes grupos de conhecimentos e de práticas. Essas três categorias (biomedicina, práticas corporais e religião) serão utilizadas ao longo do capítulo para apresentar e descrever os locais nos quais os entrevistados encontraram ajuda para o transtorno mental.

- **Biomedicina:** essa categoria é buscada pelos entrevistados por possuir validade científica e também prestígio na sociedade e inclui tanto práticas profissionais (consulta médica, psicoterapia, etc.), como serviços de saúde (públicos ou privados).
- **Práticas corporais:** utilizadas pelos entrevistados com o objetivo de manter o corpo em um bom funcionamento e inclui atividades como exercícios físicos, esportes e *yoga*.
- **Religião:** compreende as atividades que relacionam espiritualidade e cuidado, estavam condicionadas a práticas realizadas em religiões institucionalizadas.

Apesar dos três grupos aparecerem com frequência na fala dos entrevistados, os relatos sobre a biomedicina ocupam um maior espaço e são muito mais detalhados,

assim, dentro dessa categoria será possível identificar e discutir cada um dos serviços de saúde pelos quais as pessoas passaram na sua busca por auxílio. Já nas categorias Religião e Práticas Corporais, os relatos são mais indiferenciados, mas ainda assim, foi feito o esforço de descrever e compreender essas ações. As diferentes formas de cuidado são acionadas justamente por oferecerem distintas racionalidades, saberes e práticas, e são engendradas nas diferentes situações pelas quais as pessoas passam, atribuindo ao itinerário terapêutico os contornos da complexidade que é própria da vida.

Assim, dentro da categoria Biomedicina estão compreendidas as seguintes opções de cuidado: Ambulatório de Saúde Mental, Atenção Básica, Atendimento Móvel, CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), CAPS TM (Centro de Atenção Psicossocial Transtorno Mental), Centro de Convivência, Clínica Popular, Comunidade Terapêutica, Consultório Médico, Consultório Psicologia, Consultório Psiquiatria, CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), Hospital-dia, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Pronto-atendimento; que serão apresentadas separadamente nessa análise, em ordem alfabética, já que não é possível construir uma hierarquia entre os serviços de atenção a saúde mental que devem funcionar em rede. Já as categorias Religião e Práticas Corporais são consideradas como uma opção de cuidado integral, não havendo discriminação interna de ações neste momento do trabalho. No Quadro 3 podemos observar as trajetórias dos nossos participantes na sua busca por cuidados:

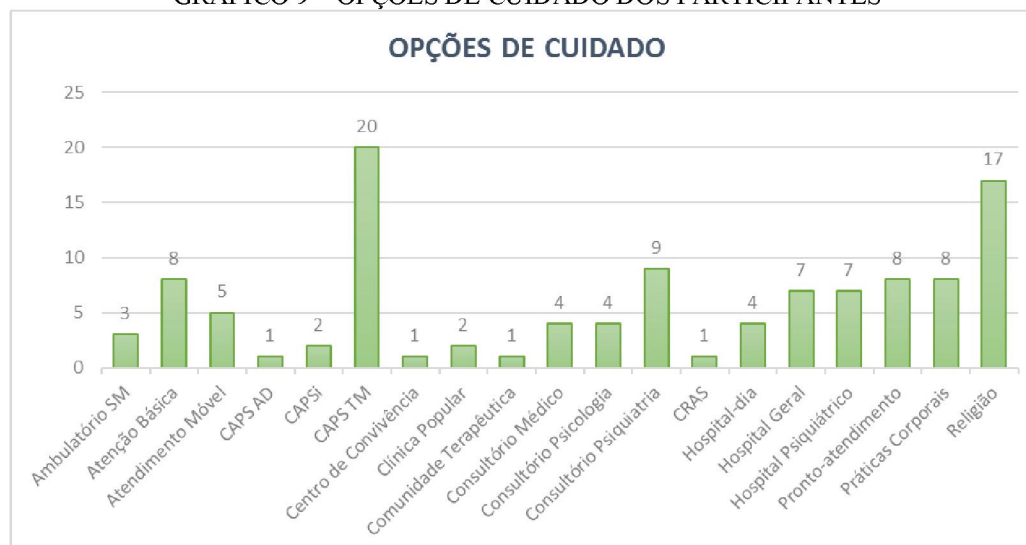
QUADRO 3 – ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS PARTICIPANTES

	Ambulatório SM	Atenção Básica	Atendimento Móvel	CAPS AD	CAPS i	CAPS TM	Centro de Convivência	Clínica Popular	Comunidade	Consultório Médico	Consultório Psicologia	Consultório Psiquiatria	CRAS	Hospital-dia	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico	Pronto-atendimento	Práticas Corporais	Religião
Adelia		x				x									x				x
Betania			x			x				x		x		x	x			x	x
Cicero		x			x	x										x		x	x
Daniel		x		x		x			x		x	x	x	x					x
Edson	x					x				x	x	x						x	
Fabiana					x	x									x				
Gloria	x					x								x					x
Helena		x				x		x			x								x
Ivone		x	x			x	x				x	x			x			x	x
Juliana			x			x						x			x			x	x
Kevin						x						x						x	x
Lorena		x				x		x									x		x
Marcos			x			x				x		x			x	x	x	x	
Noemi		x				x						x					x		x
Olga		x				x											x		x
Pilar						x				x		x				x	x	x	x
Rafael						x									x	x			x
Selma						x										x	x		x
Tereza						x										x	x		x
Vilma	x		x			x								x		x	x		x

Fonte: A autora (2018)

No Quadro 3, é possível observar a frequência com que cada opção de cuidado foi acionada pelos nossos entrevistados. Cabe lembrar que o CAPS é citado por todos os participantes, uma vez que as entrevistas foram feitas nesse local, no entanto, se observarmos a trajetória e as opções preferenciais de cuidado (apresentadas a seguir), podemos entender que o CAPS manteria o seu lugar de destaque já que há um direcionamento da rede de saúde em encaminhar as pessoas aos serviços especializados em saúde mental.

GRÁFICO 9 – OPÇÕES DE CUIDADO DOS PARTICIPANTES



Fonte: A autora (2018).

Além do CAPS, se destaca como opção de cuidado muito procurada a religião, com 17 citações. Com uma frequência média de procura estão: Consultório Psiquiatria (9), Atenção Básica (8), Pronto-atendimento (8), Práticas Corporais (8), Hospital Geral (7), Hospital Psiquiátrico (7) e Atendimento Móvel (5). Foram citadas poucas vezes pelos entrevistados: Consultório Médico (4), Consultório Psicologia (4), Hospital-dia (4), Ambulatório de Saúde Mental (3), CAPSi (2), CAPS AD (1), Centro de Convivência (1), Clínica Popular (1), Comunidade Terapêutica (1) e CRAS (1).

Conhecendo as opções de cuidado mais procuradas para a atenção a saúde mental, podemos nos dedicar a entender em que ordem elas são acessadas. Quando a pessoa entra em uma primeira crise psíquica ou começa a manifestar os primeiros sintomas de um transtorno mental, esse comportamento é rapidamente codificado como sendo um problema de saúde, como podemos ver no Quadro 4⁵⁸, em que apenas uma pessoa escolhe a religião como sua primeira opção em saúde, ao invés de um serviço biomédico. Essa identificação do problema de saúde é normalmente feito por alguém que convive com a pessoa, seja sua família mais próxima (esposo, esposa, mãe, pai, filho, filha), seja a família extensa (irmão, irmã, tio, tia, primo, prima) ou ainda uma pessoa do ambiente de trabalho ou com quem se tenha uma relação de amizade⁵⁹, ainda que nem sempre a pessoa em questão corrobore que está sofrendo de alguma doença.

⁵⁸ Nem todas as opções de saúde já citadas aparecem neste Quadro, pois algumas delas não foram elencadas como opções preferenciais de saúde. Foram excluídos os itens: CAPS AD, Centro de Convivência, Comunidade Terapêutica, CRAS, Práticas Corporais.

⁵⁹ Esse assunto será detalhado no item “Interações Sociais” no final deste capítulo.

Como existe a identificação do problema de saúde, porém ainda não se sabe exatamente do que se trata, o movimento que as pessoas fazem é em busca de um cuidado generalista, sendo que as mais frequentes primeiras opções de cuidado são a atenção básica (4 citações) e o consultório médico de um clínico geral (4 citações). Após esse primeiro atendimento, com o agravamento dos sintomas ou por meio de encaminhamentos, o próximo passo dessa pessoa é bater na porta de um serviço especializado, assim, como segunda opção de cuidado mais frequente temos o CAPS (6 citações, somando as modalidades TM e i), seguido de consultório de psiquiatria (4 citações).

Como terceira opção de cuidado, o caminho em direção a especialidade ainda continua (o CAPS TM é citado 5 vezes). Todavia, nesse momento do tratamento, surge um outro tipo de cuidado importante que é a religião (citada 3 vezes) o que poderia indicar que os cuidados biomédicos podem ser considerados insuficientes pelas pessoas com esse quadro diagnóstico.

Uma possível explicação para essa busca pela religião pode ser a particularidade do desenvolvimento de um transtorno mental, que muitas vezes se apresenta como um quadro crônico, diferente de várias outras doenças passíveis de cura pela biomedicina. Diante da impossibilidade da cura, mesmo com o uso de remédios, das terapias e dos tratamentos biomédicos, a pessoa muitas vezes começa a procurar a solução para o seu problema em um espaço que ofereça uma concepção de doença distinta daquela oferecida pela biomedicina e, portanto, uma forma de cuidar diferente.

QUADRO 4 - OPÇÕES DE CUIDADO PREFERENCIAIS ENTRE OS PARTICIPANTES

	Ambulatório SM	Atenção Básica	Atendimento Móvel	CAPSi	CAPS TM	Clínica Popular	Consultório Médico	Consultório Psicologia	Consultório Psiquiatria	Hospital-dia	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico	Pronto-atendimento	Religião
1ª opção		4	1				4	2	3	1	2	2		1
2ª opção			1	2	4	1		2	4		1	2	2	1
3ª opção	2	2	1		5	1			2		1	2	2	3

Fonte: A autora (2018).

Em uma pesquisa semelhante sobre o itinerário terapêutico de usuários de CAPS, realizada por Cardoso, Oliveira e Piani (2016), os resultados mostram que o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental dos participantes era feito via internação hospitalar, como uma espécie de “batismo” na internação psiquiátrica, e que em seguida, na maioria dos casos, estes eram encaminhados para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, em especial o CAPS. Em nosso estudo, os resultados encontrados foram distintos. Apenas em quatro casos a internação psiquiátrica, no Hospital Geral ou no Hospital Psiquiátrico, foi a primeira opção de cuidado da pessoa em crise e oito dos participantes da nossa investigação nunca passaram por internação tendo como motivo o transtorno mental.

Se existem essas diferenças entre pesquisas realizadas com diferentes pessoas e em diferentes locais, também há mudanças na trajetória de uma única pessoa, que no decorrer do seu itinerário abandona certas opções de cuidado para se engajar em outras.

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. O conhecimento médico de um indivíduo está continuamente sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos (ALVES, 1993, p. 267).

Agora que já conhecemos as linhas gerais dos itinerários terapêuticos dos nossos participantes, vamos abordar as opções de cuidado a partir dos seus relatos e da literatura na área, num esforço de descrever pormenorizadamente cada uma delas.

4.1 BIOMEDICINA

Em nossa pesquisa, a opção de cuidado que aparece com mais força e é citada com maior frequência pelos entrevistados é a biomedicina. Este dado reflete, em certa medida, o contexto social que valoriza o saber biomédico, hospitalocêntrico, racionalizado e especializado. A valorização da biomedicina e suas instituições a partir do século XX, acaba por retirar gradativamente o espaço de outras formas de saberes no diagnóstico e tratamento de doenças (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2015).

A biomedicina já se faz presente na vida e no estoque de conhecimento, mesmo para os leigos nesse assunto, sendo sempre uma opção de cuidado disponível, de modo que, mais cedo ou mais tarde, um caso de mera suspeição de transtorno mental acaba

por chegar a uma instituição médica (SOUZA, 1999). Todavia, não se pode afirmar que a Biomedicina é o ponto final em termos de tratamento para pessoas com esse diagnóstico, como veremos na próxima seção.

Ambulatório de Saúde Mental

A primeira opção de cuidado dentro da Biomedicina que iremos analisar de forma mais detalhada é o ambulatório de saúde mental, que tem como característica ser um local da especialidade e do saber psiquiátrico (SEVERO e DIMENSTEIN, 2011). Este tipo de serviço pode ser público ou privado.

“No ambulatório você vai lá e conversa com a psiquiatra e ela libera a gente para dali de 60 dias” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Eu tomava medicação e continuei indo no Psiquiatra a cada 3 meses no ambulatório... continuei... o tratamento eu nunca deixei de fazer” (Glória, 46 anos, do lar).

“Daí eu comecei fazer o tratamento ambulatorial lá mesmo, do lado que é o consultório médico dentro do hospital” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Como já vimos no primeiro capítulo desta tese, os ambulatórios de saúde mental surgem no Brasil na primeira metade do século XX, sempre ligados aos hospitais psiquiátricos, como bem evidencia a fala de Vilma. Esse serviço foi criado para garantir atendimento psiquiátrico a um número maior de pessoas com ações de prevenção, ou seja, o seu objetivo era agir antes que a doença se agravasse levando a uma internação. Porém, após o processo da Reforma Psiquiátrica, o que um ambulatório poderia ofertar para a rede de atenção a saúde mental começa a ser questionado, em especial, se ele seria capaz de ofertar atendimentos dentro do modelo de Atenção Psicossocial.

Chega-se então a um rearranjo, e esse dispositivo passa para o final da fila da rede, sendo acionado quando uma pessoa recebe alta do CAPS, do Hospital Psiquiátrico ou do Hospital-dia e precisa continuar o seu tratamento medicamentoso, como aconteceu com os nossos entrevistados Edson (alta do CAPS), Glória (alta do CAPS) e Vilma (alta do hospital psiquiátrico). Isso também pode ser observado no Quadro 4, onde o ambulatório não foi citado como primeira opção de cuidado por nenhum dos entrevistados, já que agora só é possível chegar a ele através de encaminhamento por outros serviços de saúde.

Pelos relatos, podemos ver que o atendimento ambulatorial se caracteriza como uma consulta médica, com um psiquiatra ou um médico especialista em saúde mental, e pela prescrição de medicamentos. Uma nova consulta é marcada para quando os remédios prescritos estiverem acabando, para que a receita seja renovada caso o médico não perceba nenhuma alteração relevante, ou modificada se houver a presença de um novo sintoma, por exemplo.

Houve ainda mais um momento em nossa pesquisa de campo em que o ambulatório apareceu como uma opção de cuidado: quando um usuário do CAPS estava faltando muito, a psicóloga, que atuava como profissional de referência daquele caso, optou por encaminhá-lo para tratamento ambulatorial e assim, liberar a vaga no CAPS para as pessoas que estavam na fila esperando por atendimento.

“As proposições da psicóloga foram no sentido de [...] manter o jovem em ambulatório já que ele não estava usufruindo das atividades do CAPS”
(Caderno de campo, setembro de 2017).

O ambulatório é visto, tanto pelos entrevistados, como também pela equipe em seus encaminhamentos, como um espaço para aqueles que não estão em estado tão grave, que exigiria a atenção contínua no CAPS ou em Hospital Psiquiátrico. Ao mesmo tempo, serve também para aqueles que não estão bem o suficiente para ganharem alta definitiva ou ser acompanhados na atenção básica. Essa representação vai de encontro com o estudo de Severo e Dimenstein (2011) que mostra o Ambulatório de Saúde Mental como um espaço para atender casos menos graves e para preescrever remédios psicotrópicos.

Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) tem papéis específicos em relação ao SUS, como ser a porta de entrada do sistema, ser *locus* das ações de saúde em nível individual e coletivo, e de pensar a vida dos indivíduos e suas relações com o trabalho, a religião, a cultura, etc, desde as práticas de saúde e as práticas sociais (CAÇAPAVA e COLVERO, 2008). Sendo que esses papéis são também desempenhados em relação as demandas em saúde mental.

“Rodou, não sei o que que deu, só sei que eu não apareci... acordei eu estava no posto de saúde, que um carro desconhecido ajuntou eu, me levou no

posto... eu estava em pânico lá, em pânico, pânico bastante... daí eles me deram medicação” (Adélia, 53 anos, cozinheira – sobre o atendimento que recebeu depois de ter tido um desmaio na rua).

“Era postinho e aí que lá trocaram o medicamento [...] lá eu tinha minha consulta uma vez por semana... às vezes a cada duas semanas... às vezes era duas vezes por semana... e aí era o psiquiatra, o psicólogo, o clínico geral e a enfermeira” (Helena, 20 anos, estudante).

“Aí eu vim no médico do posto, retornei ao médico do posto aqui de saúde, aí ele falou, perguntou o que tinha acontecido e eu contei [...] aí ele me afastou 15 dias do trabalho” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Começou com insônia. Eu não dormia a noite. Aí passei pela [UBS] e me passaram remédio para dormir” (Olga, 53 anos, confeitadeira).

Podemos perceber que nos casos de Olga, Noemi e Adélia, a atenção básica cumpriu o seu papel de ser a porta de entrada do usuário para os serviços do Sistema Único de Saúde. Entretanto, esse não é o único caminho desenvolvido pelas pessoas com diagnóstico de transtorno mental, que podem dar entrada na rede também pelos serviços de média e alta complexidade, pelos serviços de urgências e emergências, ou serem encaminhadas por médicos que prestam atendimento particular ou por convênio.

Ainda em relação à atenção básica, queremos destacar o caso de Ivone que começou a receber atendimento em saúde mental depois da visita de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) em sua residência:

“A moça que faz aquela agente de saúde, que vai nas casas visitar... ela foi umas vezes na minha casa, aí me encontrou em uma situação bem difícil: eu sozinha chorando e sem saber o que fazer, que eu não tinha para quem eu desabafar, dizer o que eu estava sentindo, o quanto eu me desgastei, o quanto eu estava sofrendo... e foi aí que ela disse que ia me encaminhar para cá e que aqui eu ia ser bem acolhida, eu ia ter pessoas, profissionais bem competentes para poder me ajudar” (Ivone, 52 anos, gerente geral)

O ACS é uma pessoa da comunidade, que não precisa ter formação superior em saúde, que atua no território de abrangência da Unidade Básica. Caçapava e Colvero (2008) realizaram uma pesquisa sobre estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, onde também o ACS se destacou por descobrir novos casos de transtorno mental no território, tendo a responsabilidade de fazer o primeiro contato com essas pessoas e conduzi-las até o serviço para atendimento.

Nossa última citação acerca da AB vem do Caderno de Campo e ocorre diante do processo de alta de uma usuária:

“O procedimento para alta ofertado pela equipe foi a continuação do tratamento medicamentoso na UBS” (Caderno de campo).

Nesse caso específico, a equipe chegou à conclusão que diante da melhora no quadro clínico não havia mais necessidade de ela continuar vinculada a um serviço especializado de saúde mental. Todavia, não houve suspensão do tratamento medicamentoso, assim sendo, a Unidade Básica de Saúde passa a “repetir” a última prescrição médica feita pelo psiquiatra do CAPS e fazer o acompanhamento do caso.

A integração da saúde mental à atenção básica sempre é um desafio, que exigiu (e exige) transformações conceituais e operacionais nos serviços da AB, como UBS e ESF, para que possam ofertar assistência qualificada e resolutividade para quadros clínicos que até então não eram atendidos nesses serviços, mas sim encaminhados para atendimento hospitalar (BÜCHELE et. al., 2006). Com essa possibilidade de abertura de itinerários terapêuticos também na atenção básica, a equipe da atenção especializada passa a mobilizar mais pontos da rede de atenção à saúde mental.

Atendimento Móvel

Entre os entrevistados houve relatos de situações em que uma ambulância foi acionada para atendimento quando estes entraram em crise:

“Eu fui internado forçado porque eu entrei em uma outra crise lá... foi a ambulância me levar... me pegar...” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Eles falaram assim que eu estava ficando louca... daí eles perguntaram mais para alguém... que eu fiquei na ambulância. Quando eu fui ver eles estavam me levando lá para o Hospital” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Nesses casos, o atendimento móvel foi chamado por familiares e colegas de trabalho que identificaram que o comportamento atípico de Marcos e Vilma se tratava de um problema de saúde. Bonfada e Guimarães (2012) detalham esse processo em que profissionais de emergência são chamados para lidar com demandas de saúde mental: na maioria das vezes, são leigos que fazem a solicitação ao interpretarem aquela situação como uma urgência em saúde, ainda que não tenham o conhecimento especializado para isso. Assim, o fator preponderante para o chamado acaba sendo a ruptura da rotina habitual que gera algum tipo de incômodo nas pessoas que estão ao redor. Essa tomada

de decisão de terceiros pelo atendimento móvel, muitas vezes não é bem recebida pelos entrevistados, que acabam sendo “forçados” a ir até um serviço de saúde, como afirmou Marcos.

O atendimento móvel para casos de transtorno mental, já está previsto dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº3.088 de 2011), como um dispositivo de atenção à urgências e emergências, sendo citado especificamente o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que pode ser solicitado por qualquer pessoa, via telefone pelo número 192. Bonfada e Guimarães (2012) destacam que ainda que o SAMU seja o serviço de atendimento móvel previsto para as urgências psiquiátricas, por um desencontro das normativas próprias de cada serviço e costume, muitas vezes são os bombeiros e a polícia que são chamados para atender esses casos.

Em nossas entrevistas, não tivemos nenhuma referência à atuação da polícia em um caso de urgência psiquiátrica, porém tivemos relatos da ação do SAMU, dos bombeiros e, também, de ambulâncias particulares. Nos trechos abaixo, podemos observar que o SAMU foi acionado para atender Juliana depois de uma tentativa de suicídio, e que Betânia foi levada para o hospital por uma ambulância do plano de saúde da empresa em que trabalhava, já que entrou em crise no ambiente de trabalho, e Vilma que foi atendida pelos bombeiros:

“Fui com o SAMU” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“No dia que eu tive o surto no serviço daí eles me levaram. A ambulância que foi me atender lá no trabalho... que eu tinha quebrado o laboratório inteiro aonde eu trabalhava com a crise de depressão. Daí a ambulância me levou para o Hospital” (Betânia, 36 anos, química).

“Daí eu peguei e fiquei trancada dentro do quarto e quando eu fui ver tinha dois bombeiros na janela escalando sabe? [...] daí chegou o bombeiro e me levou” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Aqui cabe fazer um breve esclarecimento sobre o caso de Vilma. Os bombeiros foram chamados pelos seus familiares não apenas para o atendimento do seu quadro clínico, mas também porque precisavam resgatá-la de um quarto onde já estava trancada havia dias. Vilma trancou-se no quarto quando soube que o marido estava providenciando uma internação psiquiátrica. Nesse momento, ela se tranca no quarto do casal e começa atirar as coisas do marido pela janela do apartamento, mesma janela que os bombeiros usam para entrar e imobilizar Vilma (*“me amarraram”*, em suas palavras) e levá-la para o pronto-socorro.

Com exceção do atendimento de Vilma, os demais relatos permitem observar que não há diferenças em relação ao atendimento móvel que é feito para quadros de saúde mental, dos outros problemas de saúde. O foco é estabilizar o doente e fazer o transporte até o hospital. Essa posição é também encontrada no estudo de Bonfada e Guimarães (2012), em que os autores afirmam que as ocorrências psiquiátricas são operacionalizadas pelas equipes de urgência e emergência da mesma forma que as ocorrências de trauma ou de obstetrícia, que consiste em atender no menor tempo possível, através de uma ação protocolar, e encaminhar o caso para internação.

CAPS AD

A primeira modalidade de CAPS que será apresentada nesse trabalho é o CAPS AD, que tem a finalidade de atender as demandas de abuso de álcool e drogas dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Posteriormente, também apresentaremos os serviços específicos para transtornos mentais e para o atendimento de crianças e adolescentes. Entretanto, salientamos que, apesar de termos separado as diferentes modalidades de CAPS para a análise, estas partilham o primado de que são serviços comunitários de saúde mental, que operam dentro do modelo da atenção psicossocial. Assim, as reflexões aqui trazidas podem ser compartilhadas entre os dispositivos do tipo CAPS.

Em nossas entrevistas, o CAPS AD surge na fala de Daniel, que tem um longo histórico de atendimentos em saúde mental, que começam ainda na infância, e mais tarde já na adolescência, ele começa a fazer uso de drogas, o que redireciona seu tratamento. Depois de passar por um longo internamento em uma comunidade terapêutica, Daniel sai de lá ainda com demandas em saúde mental, e começa a procurar um lugar onde possa receber cuidados, o que o leva até o CAPS AD. Nesse lugar, Daniel passa por uma avaliação:

“A minha médica [disse] ‘vai fazer um tratamento, procura um CAPS, vai fazer um tratamento’. Eu falei ‘então eu vou fazer o CAPS AD’. Só que eu cheguei lá, ele me entrevistou tudo e ele falou ‘o seu problema não é droga, não é álcool, o teu problema é mental, o teu problema é cabeça, eu vou te mandar para o CAPS mental’. Ai ele me passou o encaminhamento e eu vim para cá” (Daniel, 33 anos, diarista).

A preocupação em atender a “demanda” correta para o serviço aparece constantemente para os profissionais dos CAPS, assim o “perfil” para um CAPS TM

seria aquela pessoa que apresenta um caso clínico grave e severo, enquanto que para o CAPS AD, o foco seriam as pessoas que apresentam dificuldades em sua vida social, decorrentes do uso de álcool ou drogas (MUHL; HOLANDA, 2018). Assim, na avaliação do profissional do CAPS AD, apesar de ter feito uso de drogas por muitos anos, esse não seria o problema atual de Daniel e por isso o encaminhou para o CAPS TM.

CAPSi

Delfini e Reis (2012) alertam que só muito recentemente a necessidade de uma atenção especializada voltada para a saúde mental de crianças e adolescentes, é reconhecida dentro do Sistema Único de Saúde. Essa atenção toma forma nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico. Dois dos nossos entrevistados passaram por instituições desse tipo.

“Tinha um grupo com a terapeuta ocupacional, tinha psicólogas, e aí quando você precisava você falava com elas” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Eu pintava desenho, fazia bordado, mexia com pintura, pintava um quadro assim [...] artesanato. Fazia pulseira [...] Lá eu conversava direto com as psicólogas” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

Tanto Cícero como Fabiana começaram a frequentar o CAPSi durante a adolescência, depois de um episódio de crise (Fabiana agrediu uma pessoa da família e Cícero tentou suicídio). Pelos seus relatos, podemos perceber que eles se engajavam nas atividades ofertadas e gostavam de frequentar esse serviço. Entretanto, Cícero e Fabiana são desligados do serviço quando atingem 18 e 19 anos respectivamente. Esse processo de saída do CAPSi é visto com desagrado:

“Comecei a fazer tratamento no CAPSi né... daí transferiram eu para cá porque fiquei de maior [...] Preferia continuar lá, mas se não dá mais, não adianta insistir” (Fabiana, 20 anos, desempregada).

Pelas entrevistas não é possível saber se o motivo para o desligamento do CAPSi foi mesmo eles terem atingido determinada idade, uma vez que as normativas que tratam deste serviço não estabeleçam idade máxima dos usuários que podem ser atendidos, ficando a decisão para a equipe. Com a impossibilidade de continuar o

tratamento neste dispositivo, Cícero e Fabiana foram encaminhados para o CAPS TM, onde poderiam se engajar em um novo atendimento em saúde mental.

CAPS TM

A modalidade de CAPS para Transtornos Mentais foi a opção de cuidado mais citada por nossos entrevistados e isso se deve ao fato de que todos estavam vinculados a um mesmo serviço deste tipo no momento da entrevista. Entretanto, este não foi o único CAPS TM frequentado pelos entrevistados, que também passaram por serviços do tipo em outras localidades. Assim, gostaríamos de destacar que os trechos das entrevistas aqui apresentados, falam desse total de CAPS TM frequentados e não apenas da unidade onde a pesquisa foi desenvolvida.

Para Yasui (2010) a chegada ao CAPS TM para buscar atendimento é um dos momentos mais críticos do cuidado.

“Quando eu cheguei aqui no CAPS, daí a mocinha ali da frente me atendeu e quem fez a acolhida foi a psicóloga [...] cada um, [no grupo de] iniciante, ela dá uma fichinha, todo mundo escreve, quem quiser ler, depois lê, quem não quiser, fala, sobre a vida da gente, se apresenta né... daí eu fui três quintas-feiras assim... que já iniciou os grupos assim, que nem está acontecendo agora... então eu passei pela enfermagem, pela assistente social” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Vim a primeira semana... eu estava mal, péssimo sabe? [...] a minha vida estava assim ladeira abaixo... e eu vim, conversei com a psicóloga, desabafei e me apaixonei... eu falei ‘nossa!’... eu sai daqui... sabe quando você sai leve?” (Daniel, 33 anos, diarista).

“Foi como eu cheguei no CAPS aqui... Eu até surtei no CAPS: eles falaram: ‘só tem vaga para tal data’, e eu disse: ‘negativo, não preciso para tal data, até tal data eu já fiz cagada’. Que daí eu consegui me encaixar, entrei no grupo de iniciantes e me mantive durante um ano. Mas esse um ano que eu me mantive aqui foi muito importante para mim, foi um dos tratamentos que eu mais aprendi a lidar comigo foi o CAPS, não foi internamento, não foi medicação [...] hoje eu vejo que o CAPS mostra que é você que tem que aprender a se conhecer, lidar com seu problema, filtrar seus problemas que você tem, saber como lidar com as situações e tudo isso o CAPS passa para você” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Pelos relatos podemos notar que no momento em que chegaram no CAPS TM, os entrevistados estavam passando por uma situação de grande sofrimento e viram no serviço, a oportunidade de encontrar acolhimento e ajuda para lidar com a crise. Nem sempre, porém, o acesso ao serviço foi fácil e não houve um atendimento de portas abertas, como prega a legislação vigente na área.

Para pensar a questão do acesso, Yasui (2010) afirma que a organização do processo de trabalho pode ser um facilitador ou empecilho à chegada de um novo usuário ao CAPS. No caso dos nossos entrevistados, Ivone e Daniel tiveram uma boa recepção ao chegarem ao serviço, ao contrário de Marcos que encontrou obstáculos para conseguir o atendimento. No caso de Marcos podemos ver como um entrave burocrático (falta de vaga e fila de espera) se interpôs ao cuidado que ele buscava. Entre os obstáculos que impedem o acesso ao CAPS podemos citar: necessidade de encaminhamento de outro serviço de saúde, não aceitação de demanda espontânea e fila de espera. Do outro lado, podemos citar como um facilitador ao atendimento: uma recepção acolhedora ao usuário e sua família quando estes chegam ao serviço (YASUI, 2010).

Para lidar com esse momento crítico, o CAPS TM em que a pesquisa foi realizada criou um “Grupo de iniciantes”, que é citado pelos entrevistados Ivone e Marcos. Essa atividade tem como foco apresentar aos novos usuários como será o atendimento nesse local, mostrando como o serviço funciona e o que eles podem esperar como ações de cuidado.

Depois desse momento inicial, onde também ocorrem o acolhimento e a avaliação do caso, o usuário é designado para participar de atividades específicas, que desempenham um papel terapêutico para aquela pessoa específica. No CAPS TM em que essa pesquisa foi realizada essas atividades eram: atividade física, grupo lúdico, grupo de escuta, grupo de psicopedagogia, grupo de educação em saúde, grupo de iniciantes, oficina expressiva, oficina de memória, oficina sobre a família, oficina AVD (Atividades da Vida Diária), oficina de relaxamento, oficina de artesanato, oficina de fios, oficina de alongamento e contação de histórias.

“Eu acho legal o CAPS. No começo eu achei que eu não ia gostar, mas eu acho legal. Principalmente quarta-feira que é os dias que eu faço os desenhos, os artesanatos...” (Rafael, 19 anos, estudante).

“Eu fazia tapete, fazia crochê, artesanato, colava coisinhas, cestinhos de artesanato de palitinho de picolé, daí pintava as unhas... as meninas... foi bom assim, porque me fez voltar para o mundo, sabe? era como se eu tivesse fugido do mundo. Eu fiquei no hospital daí saí meio travada ainda, porque no hospital tomava haldol, então meus movimentos ficavam bem lentos, fiquei bem travada, daí eu fui voltando” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Yasui (2010) fala da importância de ter um amplo e diversificado *menu* de atividades em um serviço de saúde mental, já que estas funcionariam como uma caixa

de ferramentas: cada membro da equipe, segundo sua especialidade e área do saber, contribui com algumas ferramentas e isso gera um conjunto de possibilidades de construir projetos de cuidado. Muitas dessas atividades tomam forma nas oficinas terapêuticas, que são voltadas principalmente para atividades artísticas, artesanais ou de expressão e que foram amplamente lembradas pelos nossos entrevistados, não só em relação ao CAPS, mas também nos relatos sobre os hospitais-dia e os hospitais psiquiátricos.

A partir de agora apresentaremos a avaliação que os participantes fazem do atendimento recebido em CAPS TM. Como já vimos há pouco, esse serviço é buscado em momentos de crise e intenso sofrimento, assim, as avaliações positivas se relacionam com a ajuda recebida nessa situação, sobretudo quando esta foi superada:

“O CAPS aqui para mim é uma família, é um refúgio que eu tenho... eu encontrei aqui um porto seguro aonde a gente vem e sabe que vai ter alguém para te escutar, alguém para te ajudar a levantar e tudo... então para mim é uma casa que eu tenho” (Betânia, 36 anos, química).

“Esses dias até parei de vir no CAPS porque estava voltando a crise, então eu me desanimei... Como eu vim na consulta como doutor, eu pedi internamento, eu pensei: ‘não tem jeito, vou ter que me internar para ver se volto’. Eu não conseguia voltar assim... Nessa última consulta, o doutor falou que ia demorar 30 dias para sair a vaga para o internamento, mas ele falou: ‘vai tentando vir no CAPS, vai tentando vir e se sair a vaga você se interna e se você não conseguir vir no CAPS daí você se interna’. [...] eu pedi faz uns 15 dias, mas desses 15 dias para cá eu consegui vir no CAPS, eu consegui vir, então agora eu acho que o CAPS já está bom, não precisa de internamento” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Mas em tudo isso, se não fosse o CAPS, eu acho que eu nem estaria aqui hoje, sabe? porque o CAPS me ajudou a levantar muito, muito mesmo” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Os relatos positivos acima têm relação direta com as ações terapêuticas do serviço, em particular como a atuação da equipe junto aos usuários. Todavia, esse não foi o único aspecto favorável à melhora da saúde mental citado pelos entrevistados, que atribuíram o seu bem-estar também ao grupo de pessoas com quem convivem no CAPS. Esse entendimento não é unânime, mas vejamos os relatos daqueles que corroboram com essa posição:

“Aqui o que eu vejo de mais interessante aqui é o seguinte: é que todo mundo fala, encara como um tratamento, que não sei o que, que tem que conviver... Não! A convivência de um com outro é que ajuda as pessoas! Porque muitas das vezes você estando numa sala da escuta, às vezes você tá ali pensando na sua vida, como a sua vida tá e você escuta pessoas contando coisas que você

passa, sentimentos que você passa [...] e eu muitas das vezes me identifiquei, falei 'nossa eu passo pela mesma coisa, eu sinto a mesma coisa'. Então, tipo assim, o calor humano das pessoas que vem aqui é muito importante para cada um" (Daniel, 33 anos, diarista).

"É engraçado porque, querendo ou não, eu sempre fui muito isolada e é aqui eu sou meio obrigada a ter que interagir e aí fica confuso... Às vezes a gente vê coisa semelhante nas pessoas e é mais fácil entender e às vezes tem coisas que você passa, que você conseguiu superar e aquela outra pessoa não conseguiu e aí você chega 'olha você poderia sei lá'... Aconselhar, dar um toque e aí essa pessoa às vezes ouve e você cria laços de amizade e é legal porque me faz ter um convívio que dificilmente eu sei que eu teria... é bem provável que eu não teria se eu não tivesse no CAPS... conversar com as outras pessoas" (Helena, 20 anos, estudante).

Dentre os vários grupos em que as pessoas se engajam durante a vida, muitos deles de forma simultânea, o CAPS aparece como mais um. Schutz (2012) divide esses grupos entre grupos *existenciais* e *voluntários*. Os grupos existenciais são aqueles que carregam uma herança social, transmitindo um sistema de tipificações, relevâncias e papéis que já são pré-constituídos, como a família. Já os grupos voluntários não estão prontos e acabados e precisam ser construídos pelos seus membros. Assim, compreendemos que o CAPS é um grupo voluntário do qual as pessoas passam a fazer parte, o que exige que elas se dediquem à interação e à dinâmica do grupo, que está sempre em processo de modificação.

Voltando à avaliação do serviço pelos entrevistados, uma maneira de fazer isso é através da comparação com outros espaços e técnicas de cuidado e cura. Muitas vezes essas comparações foram feitas pelos entrevistados de forma espontânea e em outras, foi feita uma pergunta direta sobre isso, para elucidar o que estava sendo dito. Abaixo podemos ver a comparação entre CAPS TM e Ambulatório de Saúde Mental feita por Edson, a comparação entre CAPS TM e consultório particular de psiquiatra descrita por Kevin e, por último, Pilar compara o CAPS TM com um hospital psiquiátrico.

"Eu pedi para fazer CAPS porque lá no ambulatório não estava sendo... não estava suprimindo as minhas necessidades do meu pensamento e aqui no CAPS me deixam mais... um pouco mais contente com o tratamento. No ambulatório você vai lá e conversa com a psiquiatra e ela libera a gente para dali de 60 dias. Aqui é direto com os profissionais, com assistente social, com vários profissionais da área de tratamento mental, então isso ajuda muito" (Edson, 53 anos, pedreiro).

"Acho que já faz uns dois anos que eu estou no CAPS. Se não fosse o CAPS, eu acho que eu não estaria bem hoje, eu estaria fazendo tratamento com psiquiatra particular, pagando uma nota e não estava adiantando nada porque, querendo ou não, eu tenho dificuldade para conversar... mas querendo ou não, eu falo um pouco... a psicóloga entende a situação e passa

para o pessoal, vai ajustando e tal, vai falando comigo que que é bom, que que não é e eu vou aprendendo” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Pesquisadora: Se a senhora pudesse comparar: o CAPS ajudou mais ou o hospital psiquiátrico ajudou mais?

Pilar: Ah, o CAPS! Porque é livre né, eu vou para onde eu quero. Antes eu não podia pegar um ônibus sozinha, mas agora... depois de uns 3 anos que passou eu pego o ônibus sozinha, vou para onde eu quero” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Mesmo reconhecendo o tratamento recebido em outros serviços de saúde, os participantes parecem entender que o atendimento no CAPS TM é o mais adequado para suas demandas. Esse achado não é exclusivo do nosso estudo, já que pesquisa com usuários de CAPS, realizada por Cardoso, Oliveira e Piani (2016), mostrou que a maioria dos usuários acredita que o local em que foram mais bem acolhidos, foi justamente um Centro de Atenção Psicossocial. No entanto, segundo os autores, isso não quer dizer que suas necessidades foram plenamente atendidas, e sim, que em comparação com outros serviços da rede de atenção à saúde mental, o CAPS foi o dispositivo que mais atendeu as expectativas dos usuários.

Em relação às expectativas, passaremos a falar agora de quando elas não são atendidas, e a avaliação do atendimento recebido no CAPS TM é negativa.

“Eu só venho porque eu não tenho nada para fazer. Sei lá. Não sei. Não estou vendo nenhuma mudança assim [...] Tipo assim o problema daqui é um lugar chato com pessoas legais. As pessoas daqui são muito legais, o problema que o lugar é chato para frequentar toda semana. Só venho pelo tratamento mesmo, porque dizem que eu tenho doença e porque eu preciso tratar né” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“É que para mim vir para o CAPS é uma luta... eu não gosto de vir... eu falei para o meu amigo que eu queria sumir daqui” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

Além do serviço como um todo, outros aspectos podem ser avaliados de maneira negativa pelos usuários, como a atuação da equipe. Em um CAPS, a equipe de profissionais é o principal instrumento de intervenção e produção de cuidados, uma vez que é ela quem desenvolve os projetos terapêuticos, estabelece o vínculo e negocia os interesses divergentes (YASUI, 2010). Não obstante, nem sempre a equipe consegue levar a cabo sua função, não conseguindo executar suas tarefas ou explicitar para os usuários quais são os objetivos de uma atividade específica. Quando isso ocorre, a equipe passa a ser avaliada negativamente pelos usuários:

“Ninguém conversa comigo aqui, só os colegas que estão mais pirados do que eu que conversam comigo... que conversam comigo aqui só eles ali... as meninas ali só fazem as brincadeiras, não tem aquelas conversas que a gente precisa. A gente precisa assim de compreensão, que eles ajudem a gente para sair disso, para voltar, para voltar a viver, não voltar a ficar ali, ser tratados como os doentes mental” (Adélia, 53 anos, cozinheira)
“só que ninguém me entende, nem no CAPS me entendem, ninguém me entende... não entende porque não sabe o que eu passo... não entende de jeito nenhum... eles não entendem [...] as pessoas do CAPS não acreditam, não acreditam nos fantasmas, não acreditam nos monstros que a gente enxerga” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

Yasui (2010) chama esses momentos de desencontros, e diz que são constantes no cotidiano de atendimento em saúde mental. O desencontro pode acontecer por uma diferença de compreensão da equipe e usuários sobre a função do CAPS ou ainda, uma diferença de expectativas sobre o que eles esperam alcançar ou receber nesse espaço.

Pode ocorrer também de um tipo de atividade ser avaliada negativamente. Um exemplo é o grupo lúdico do CAPS, que é alvo de inúmeras críticas por parte dos usuários, mas que ainda assim, é ofertado todos os dias pela equipe, que o compreendem como um importante momento de sociabilidade e descontração. Essa crítica já aparece no relato acima de Adélia, quando faz referência a “brincadeiras” e, também, na fala de Juliana:

“É umas atividades sem pé e sem cabeça... esses dias era para fazer uma dobradura para chegar no coelho. O que que eu levo para minha vida para fazer um papelzinho ali um coelho?” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

De uma maneira geral, as avaliações negativas sobre o CAPS TM versam sobre o fato do serviço não se integrar com a vida das pessoas, seja porque os entrevistados não conseguem atribuir significado para certas atividades ou porque acreditam que são tratados de uma maneira pejorativa neste local, coisa que não acontece nos seus outros espaços de vida. Nesse sentido, Mângia e Yasutaki (2008), afirmam que se a enfermidade já é vivida como uma perda de um lugar que antes se ocupava, os serviços de saúde podem também contribuir com esse desenraizamento, já que a chegada ao serviço de saúde mental determina uma ruptura nas atividades cotidianas. Isso ocorre porque os longos períodos em tratamento intensivo nos serviços abertos podem privar a pessoa de exercer seus papéis sociais, assim como as atividades que conferem sentido à vida. Um serviço aberto, como o CAPS TM, pode acabar totalizando a vida de uma pessoa tal qual uma internação em hospital psiquiátrico.

As pessoas nem sempre conseguem entender que o CAPS agora é parte de suas atividades cotidianas, nas quais gastam a maior parte de seu dia. O papel de “doente” em tratamento, nestes casos, não é assumido, mas ao contrário coloca-os em conflito com o cotidiano anterior ao transtorno ou com o de pessoas “normais”. Isso ocorre porque os longos períodos em tratamento intensivo nos serviços abertos podem privar a pessoa de exercer os papéis sociais que desempenhavam antes da crise, do diagnóstico e da exigência de tratamento. Esta situação ilustra aquilo que Rasia e Lazzaretti, (2015), consideram como efeitos da ruptura biográfica nas doenças crônicas.

Através dos relatos dos participantes desta pesquisa, foi possível conhecer várias das características de um CAPS TM, tais como o seu funcionamento habitual, as atividades e ações de cuidado, a atuação da equipe, seus aspectos positivos e negativos, mostrando que o cotidiano de um serviço desse tipo pode se dar de maneira muito distinta daquela que a legislação e os gestores públicos idealizaram. Isso acontece porque esse espaço de cuidado é resignificado pelas pessoas que ali procuram ajuda, suas próprias interpretações e expectativas para o tratamento que recebem, como pela equipe, que mesmo seguindo protocolos gerais de tratamento, imprimem dinâmica própria na realização das atividades.

Centro de Convivência

Os espaços de convivência são pensados para reestabelecer vínculos e laços sociais para aqueles que passaram por longas internações psiquiátricas (ALVAREZ; SILVA; OLIVEIRA, 2016). Esse serviço faz parte da RAPS, apesar de não ofertar um atendimento em saúde no sentido clínico, mas sim atividades de sociabilidade.

Alvarez, Silva e Oliveira (2016) ao realizarem uma pesquisa sobre esse tipo de serviço, descobrem que o termo “convivência” pode estar associado a diferentes dispositivos que possuem objetivos distintos, sendo que o serviço que atende a saúde mental é conhecido como CECO (Centro de Convivência e Cultura). Essa falta de contornos claros também é vista no município de Colombo, que ao não possuir um dispositivo específico para saúde mental, busca integrar as pessoas com essa demanda nos centros de convivência para idosos, que também ofertam atividades de sociabilidade.

“Eu participo também... perto da minha casa, tem um Centro de Convivência [...] daí eu fui por minha livre e espontânea vontade. Cheguei lá e já sabia o nome da coordenadora, ela me recebeu, fez tudo que tinha que fazer, daí ela explicou para mim: ‘você fica aqui como voluntária que você não tem idade para participar ainda, é para idosos, você não tem idade para participar, então você fica como voluntária, mas você pode vir a hora que você quiser, nós estamos aqui’. Que nem hoje, hoje tem teatro, mas como eu venho aqui então teatro eu estou perdendo né” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Entretanto, nem sempre esse arranjo funciona, como podemos ver no trecho do caderno de campo abaixo. Nessa situação, foi recomendado à uma mulher que estava recebendo alta do CAPS que passasse a frequentar o centro de convivências próximo a sua casa, para participar de atividades em grupo e oficinas, já que ela gostava muito desse tipo de tarefa. Porém, a sua filha adolescente, que havia assumido o papel de cuidadora, questionou a integração da mãe em um serviço que não fosse próprio para pessoas com transtorno mental.

“Quanto a orientação de procurar um Centro de Convivência para a mãe fazer atividades fora do CAPS, a filha disse que não ia levar a mãe nesse lugar porque a mãe tem ‘problema psicológicos’ e lá as pessoas são ‘sãs’ e não saberiam lidar com a mãe, o que a deixaria nervosa” (Caderno de campo).

Talvez se houvesse um centro de convivência no município dentro da Rede de Atenção Psicossocial, este poderia ser mais bem aproveitado pelas pessoas com demanda em saúde mental, uma vez que, como podemos observar no caso de Ivone, o objetivo de construir vínculos sociais parece ser cumprido nesse espaço. Apesar de perder a aula de teatro, Ivone participa de outras atividades e pratica *yoga* no centro de convivência.

Clínica Popular

O grupo social que é atendido em uma clínica popular é aquele que não dispõe de plano de saúde, mas que pode pagar por uma consulta médica eventualmente, frente a uma necessidade. Assim, esses centros possuem uma vasta gama de profissionais de diferentes especialidades e oferecem consultas e exames com preços mais acessíveis.

“Eu vim para o psiquiatra a primeira vez que foi [na clínica popular]. Chegando ali ele me receitou mais alguns medicamentos e confirmou que eu estava com problema psicológico. [...] comecei ali porque na época eu trabalhava e tinha vínculo para pagar” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“A gente veio a pé até [a clínica popular]. Tinha uma psiquiatra, no caso uma médica, e aí a minha mãe pagou a consulta e aí ela me atendeu. Ela falou um monte de coisa, [...] me passou os medicamentos... que ela me passou antidepressivo e antipsicótico e mais alguma coisa” (Helena, 20 anos, estudante).

Para Lorena, a clínica popular aparece como uma opção facilitada para conseguir o atendimento especializado que ela necessita, uma vez que pode pagar pela consulta e já havia recebido orientação anterior junto a Atenção Básica, de que deveria procurar um médico psiquiatra. Já no caso de Helena, depois de uma longa espera no pronto-atendimento público durante uma crise de pânico em que não foi atendida, sua mãe recorreu a uma consulta numa clínica popular, que ficava no caminho que as duas faziam indo para casa depois do PA. Nos dois casos, as entrevistadas saíram com prescrição de medicamentos e mantiveram o vínculo com o profissional que as atendeu por um período de tempo.

Esse tipo de espaço aparece como um intermediário entre o serviço público de saúde e o serviço privado. Ao acionar a clínica popular, o doente consegue ser atendido com um preço mais acessível do que pagaria em uma consulta particular com um médico de sua escolha (aqui não há opção por parte do paciente de qual profissional irá atendê-lo) e não precisa enfrentar as longas filas de espera para consulta com especialistas no SUS.

Comunidade Terapêutica

As comunidades terapêuticas (CT) começam a se proliferar no Brasil a partir da década de 60, para o tratamento de pessoas que fazem uso de álcool e drogas, e que acabam substituindo o atendimento hospitalar que era predominante até aquele momento (PERRONE, 2014). Entre nossos entrevistados, a CT é citada apenas uma vez, por Daniel, que já tinha histórico prévio de transtorno mental e começa a fazer uso de drogas:

“Eu me enfiei nas drogas de novo... aí teve um dia que eu queria matar a minha mãe, matar a minha irmã, [...] eu falei: ‘Mãe eu quero me internar, eu preciso parar com essa droga, preciso parar com esse mundo’. Que foi onde eu me internei. Entrei na clínica, fiquei um ano e três meses na clínica” (Daniel, 33 anos, diarista).

Uma das características das comunidades terapêuticas no Brasil é que apesar de ofertarem cuidados em saúde, a maioria delas é gerenciada por ONGs (Organizações não governamentais) e entidades religiosas, onde o tratamento tem também um caráter moral, para além do biomédico, como podemos ver no excerto abaixo:

“Era uma clínica evangélica [...] Comecei o meu tratamento cuidando dos idosos, e no primeiro culto, que tinha culto lá na clínica [...] ali eu fui conhecendo a palavra de Deus” (Daniel, 33 anos, diarista).

Assim, a partir dos relatos de Daniel e da literatura da área (PERRONE, 2014), podemos recuperar algumas características de uma CT, como o seu caráter residencial, o fato de formar uma comunidade alternativa para os dependentes químicos morarem, e o desenvolvimento de habilidades que poderão ser usadas depois da alta, como no caso de Daniel que cuidava dos idosos da comunidade.

Consultório Médico

Já vimos anteriormente como a medicina vai ganhando espaço na sociedade até ter o monopólio do ofício de curar, deixando os outros profissionais e técnicas que se dedicam a tratar os doentes em segundo plano (MOLIANI, 2013). Assim, a busca por um médico, em especial um clínico geral, aparece para os entrevistados como a decisão acertada a tomar quando surge um problema de saúde:

“Eu fui numa consulta de rotina, daí eu contei esses sintomas e ele me encaminhou para o psiquiatra, ele que me orientou né” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“[os atendimentos] iniciaram com o clínico geral e dali em diante foi para o psiquiatra” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Segundo Moliani (2013, p. 21): “[...] a medicina é um saber que, aplicado ao indivíduo enfermo, tem a função de restaurar-lhe a saúde e melhorar suas condições orgânicas”. Isso posto, médico e paciente firmam um contrato, em que o paciente espera receber o melhor tratamento possível, enquanto o médico, que tem mais poder nessa relação, faz as escolhas terapêuticas, que devem ser acatadas pelo paciente. Foi assim com os nossos entrevistados, quando o clínico geral decide não prestar o atendimento e encaminhar a outro profissional e os pacientes acolhem essa decisão e vão em busca do especialista indicado.

Consultório Psicologia

Pelos relatos dos nossos participantes é possível visualizar que o profissional da psicologia foi procurado para a realização de psicoterapia. Esse tipo de atendimento centra-se na fala da pessoa que busca ajuda (conteúdos, significados, comportamentos, atitudes, tom da voz, etc) e na escuta por parte do profissional para realizar as suas ações de cuidado (MARTINS e ZANELLO, 2012).

“Passa pelo psicólogo... vai umas par de vezes no psicólogo e o psicólogo conversa com a gente” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Era uma psicóloga particular [...] não lembro muito bem... era uma psicóloga que começou a me acompanhar, [...] conversava comigo” (Helena, 20 anos, estudante).

“É individual, eu até prefiro... no grupo eu não consigo falar nada, e que nem aqui com você eu consigo falar... no grupo eu vejo que todo mundo fala e eu fico calada, eu não falo nada, não consigo e lá com ela, ela já conhece a minha história inteira e eu consigo verbalizar né, falar” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

A psicoterapia tem como premissa o fato de que ao falar sobre um problema é possível adquirir consciência sobre ele e isso tem efeito terapêutico, como podemos observar no relato de Ivone. Através desse método fala/escuta, os psicólogos podem fazer as intervenções clínicas e provocar as modificações que a pessoa que está sendo atendida procura alcançar (MARTINS; ZANELLO, 2012).

Consultório Psiquiatria

Muito já foi problematizado sobre a emergência e consolidação do saber psiquiátrico, em especial, os processos que levam a loucura ser patologizada e virar doença mental e, atualmente, transtorno mental. Esse processo dá completo poder de atuação sobre as demandas em saúde mental ao médico psiquiatra, que decide quem está doente, como deve ser o tratamento e quando a cura acontece (FOUCAULT, 2010). É a partir do estabelecimento desse campo de saber, que as pessoas passam a procurar ajuda de psiquiatras:

“A Psiquiatra falou para mim que essa doença é uma doença muito cruel, que ela vai judiando da gente aos poucos. Tem remédio. Se a gente quiser se ajudar a gente sai, mas não é fácil, não é fácil” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

No trecho acima podemos visualizar a forte relação entre psiquiatria e medicação apresentada no capítulo anterior, e que aqui, já aparece como a marca do cuidado psiquiátrico. Entretanto, alguns dos nossos entrevistados questionam a centralidade do medicamento e a forma como foram atendidos nos consultórios de psiquiatria:

“Eu ia lá falava com o psiquiatra e o psiquiatra mal olhava para mim: ‘quero ver tua ficha, ah você toma isso?’, ‘tomo’, ‘tem mais algum sintoma?’, ‘não’, ‘toma esse remédio então e pronto’” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Eu pegava a receita e pegava os remédios, daí ela marcava consulta ‘daqui 2 ou 3 meses você volta’ e aí eu voltava” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Na primeira vez eu estava muito mal... eu fui duas vezes lá. Na segunda vez eu estava um pouco melhor. Na segunda vez ele falou que era esquizofrenia e que tem tratamento [...] que eu tinha que tomar remédio. No começo eu não aceitava tomar o remédio, mesmo indo no Psiquiatra lá eu não aceitava, eu achava que era que eles estavam inventando” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Nos trechos acima, os entrevistados relatam situações acerca da comunicação entre médico e paciente, em que não se sentiram ouvidos, não compreenderam as orientações passadas, nem o longo período entre uma consulta e outra. Quando há problemas nessa interação, o cuidado pode ficar prejudicado:

A consulta médica é o momento em que o médico e o paciente estabelecem a comunicação e, para que esta seja eficaz, a confiança mútua e o respeito são fundamentais. Quando o paciente considera que o médico não lhe deu a atenção necessária ou não se interessou adequadamente pelo seu caso, pode passar a desconfiar da consulta médica (MOLIANI, 2013, p. 77-78).

As queixas dos entrevistados vão justamente na direção de que a confiança mútua não foi estabelecida: para Marcos o psiquiatra estava apenas interessado na medicação que ele tomava e não na sua vida como um todo; para Noemi era difícil estabelecer uma relação terapêutica com um tempo tão espaçado entre os atendimentos, enquanto que para Kevin a comunicação parece não ter funcionado, a ponto de ele não acreditar no que estava sendo dito e receitado pelo psiquiatra.

Entretanto, se olharmos a situação do ponto de vista do médico, ele tem outras expectativas em relação a uma consulta. Esse profissional pode considerar que o seu papel é preencher o prontuário com os sintomas apresentados, medicar e dispensar

rapidamente o paciente, passando para o próximo atendimento (MOLIANI, 2013). Assim, há um descompasso entre o que o médico e o paciente esperam dessa situação e interação, o que pode levar a pessoa a abandonar esse tratamento e buscar uma nova opção de cuidado para se engajar.

CRAS

O Centro de Referência em Assistência Social – CRAS não é um equipamento pertencente ao SUS, mas sim do Sistema Único de Assistência Social, enquanto um serviço de proteção social básica (BRASIL, 2005). No entanto, não é estranho que as pessoas procurem esse espaço enquanto uma opção de cuidado para o transtorno mental, uma vez que, os próprios profissionais de saúde o consideram como parte da rede de atenção à saúde mental, como já vimos na introdução desse capítulo.

O CRAS é um dispositivo público de base territorial, localizado em áreas de reconhecida vulnerabilidade social, onde atua junto a famílias e indivíduos em seu contexto comunitário (BRASIL, 2005). Bortolotti (2018), ao analisar esses serviços, afirma que uma vez que o CRAS atua nas situações de vulnerabilidade, ele passa a ter uma função a cumprir em relação à saúde mental.

Vejamos dois excertos das entrevistas sobre o CRAS. O primeiro deles relata o atendimento recebido por Daniel nesse serviço e o segundo, sobre uma orientação feita à mãe de Helena quando está procurou ajuda no CRAS:

“[depois] da clínica eu comecei a fazer grupo de Psicologia com as meninas do CRAS lá perto da minha casa. Ai no CRAS eu falei que eu queria... eu comentei sobre os problemas de alucinação, ouvir vozes, aí ela falou ‘procura o CAPS’” (Daniel, 33 anos, diarista).

“Ai a minha mãe foi até o CRAS e aí do CRAS indicaram o CAPS” (Helena, 20 anos, estudante).

Apesar de não haver clareza na legislação da política de assistência social, sobre como uma atuação em saúde mental poderia ser construída, pensando na sua necessidade, aplicações e benefícios, parece evidente a intersecção que existe entre as duas áreas. Assim, os serviços de saúde requisitam a assistência social (ou vice-versa) para a composição de arranjos intersetoriais ou para a atuação diante de casos específicos, em especial, nas ações que são feitas em família ou na comunidade (BORTOLOTTI, 2018).

Houve ainda mais uma referência aos serviços do CRAS por parte de uma usuária do CAPS, mas dessa vez, ao que tange aos seus objetivos primordiais. Durante uma seção do grupo de escuta, uma jovem afirmou estar fazendo cursos profissionalizantes disponibilizados através do CRAS, o que ela julgava importante para o seu tratamento, tanto porque a ajudava a lidar com a depressão, como porque uma completa recuperação do quadro clínico incluiria arrumar um emprego. A integração no mercado de trabalho é um serviço de proteção básica, ofertado pela assistência social através do programa de inclusão produtiva, dos projetos de enfrentamento da pobreza e dos centros de informação e de educação para o trabalho, voltado para jovens e adultos (BRASIL, 2005).

Hospital-dia

Ao realizarem um estudo sobre um hospital-dia no Ceará, Benevides et al (2010, p. 129) definem esse serviço como um “serviço substitutivo intermediário entre a internação no hospital psiquiátrico e a prática ambulatorial, cujo objetivo é atender os sujeitos com transtornos mentais”. Ainda segundo os autores, o foco de um hospital-dia é melhorar a relação sociofamiliar, reduzir o número de internações psiquiátricas e aplicar a abordagem psicossocial.

Para cumprir os seus objetivos, o hospital-dia oferece um grande número de atividades com finalidade terapêutica, tais como: triagem, avaliação, diagnóstico, projeto terapêutico; atendimentos individuais; atendimento da família; grupos psicoterapêuticos; visitas domiciliares; oficinas de terapia ocupacional; oficinas socioeducativas, entre outras (BENEVIDES et. al.; 2010). São justamente nas atividades desenvolvidas nesse serviço que os entrevistados focam os seus relatos, como podemos acompanhar abaixo:

“O semiaberto é assim: você entra às 8 horas da manhã, você tem as alimentações, os medicamentos tudo no horário certo... você fica lá fazendo artesanato, pintura, conversando com psicólogos, enfermeiros... tem contato com os enfermeiros direto. Fica lá durante o dia e daí as 6 horas da tarde você vem embora” (Betânia, 36 anos, química).

“Durante o dia você entrava... das 8 horas às 5 horas era fechado, era fechado. Só dormir em casa e voltava e era de segunda a sexta. [...] Eu gostava, vou ser honesta, eu gostava, gostava porque tinha várias atividades, você podia assistir TV, você podia jogar, você podia ir para horta, você podia ir para cozinha, tinha atendimento psicológico, tinha as enfermeiras,

“tinha nutricionista... era vários atendimentos, eu gostava” (Glória, 46 anos, do lar).

“Fui para a clínica dia, lá eu fiquei 4 anos. [...] Eu gostava do tratamento lá, era muito bom. [...] tinha momento de fazer tricô, tinha momento de fazer chaveiro, joias, quebra-cabeça... deixa eu ver o que mais... fazer quadro, pinturas” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

A linguagem utilizada nesses trechos chama atenção, em especial os termos “semiaberto” e “fechado” que podem remeter a expressões utilizadas para se referir ao sistema prisional e não ao sistema de saúde, mas talvez a relação feita pelas entrevistadas esteja relacionada com o fato de que o hospital-dia pode funcionar no mesmo espaço que o hospital psiquiátrico tradicional ou, que as entrevistadas estejam vindo de uma internação psiquiátrica, assim, o hospital-dia é “semiaberto” em comparação ao hospital psiquiátrico.

Hospital Geral

Segundo Machado e Colvero (2003), a internação hospitalar é uma ação requerida por profissionais de saúde quando se instala determinado processo de adoecimento, que requer tratamento especializado (intensivo, invasivo, dentre outros). Se o caso em questão for de um transtorno mental, o atendimento no hospital geral deve ser feito em uma enfermaria de psiquiatria ou unidade de internação psiquiátrica, que ofertam atenção especializada. No âmbito da nossa pesquisa, nas vezes em que o hospital geral foi citado, não foi possível saber se o cuidado foi recebido nesse tipo de enfermaria especializada ou em uma enfermaria comum.

Entre os nossos entrevistados, houve bastante prevalência ao uso do hospital geral nos casos de tentativa de suicídio, que exige atenção constante ao quadro clínico. Destacamos os casos de Ivone e Juliana, que tiveram que passar por tratamento após ingerirem medicamentos:

“Eu queria uma coisa que sumisse a dor e eu acabei tomando um vidro de Clonazepam inteiro e daí o que que aconteceu? fui parar no hospital. Não precisou lavagem porque era líquido, daí não precisou lavagem... Mas eu fiquei uma semana sem saber quem era, eu não lembro de nada. Daí o médico disse que o único jeito era esperar passar o efeito do remédio” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

“Hospital Geral, fui com o SAMU, aí eles fizeram a lavagem lá” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

Houve ainda um relato em que o hospital geral foi usado como uma sala de espera que precedeu uma internação psiquiátrica. Nesse caso, Rafael entrou em crise e foi levado pelos irmãos ao hospital que conheciam, pois era a primeira vez que o rapaz apresentava esses sintomas – incluindo tentativa de suicídio – e não sabiam que providências tomar. Já no hospital geral, Rafael passou por contenção e depois foi encaminhado para um hospital psiquiátrico:

“Era um hospital geral. Daí lá falaram que eu estava com esquizofrenia, só que não falaram para mim. Nesse dia eu fiquei amarrado, dois dias e meio amarrado lá, internado lá. Daí até arranjam vaga para mim lá no [hospital psiquiátrico]” (Rafael, 19 anos, estudante).

Machado e Colvero (2003) advertem que a equipe de profissionais que atende em uma unidade psiquiátrica, ou casos de transtorno mental dentro de um hospital geral, pode ficar focada apenas nos problemas físicos dos pacientes que ali estão, sem que as particularidades de um adoecimento psíquico sejam levadas em consideração. Os relatos de Ivone, Juliana e Rafael parecem confirmar esse posicionamento por parte dos profissionais, uma vez que apenas ações sobre os seus corpos foram relatadas.

Hospital Psiquiátrico

Iniciamos esta seção trazendo o alerta de Souza (1999) de que a hospitalização em um caso de transtorno mental, em geral, resulta de uma situação de crise, em que uma solução é exigida e as pessoas envolvidas não conseguem administrar com os seus recursos habituais. A decisão pelo internamento envolve inúmeras considerações, vacilações e dor. Essas questões aparecem muito claramente no relato de Betânia sobre seu primeiro internamento psiquiátrico:

“Olha, no começo foi bem difícil porque eu não entendia porque eu estava fechada lá dentro sem ter contato com ninguém, só com os médicos e os enfermeiros... Porque eu tive que ficar contida e tudo, porque eu era muito agressiva. Agredia... todas as pessoas que eu via pela frente, eu estava agredindo. Então foi bem difícil porque eu tive que ficar isolada de todo mundo e eu não conhecia, não sabia o porquê daquilo, sabe? Não entendia ainda a doença, não sabia o motivo de porque eles estavam me trancando daquele jeito, de porque eu estava daquele jeito... nem eu entendia... porque do meu ponto de vista eu não estava fazendo nada errado, sabe? [...] demorou uma semana mais ou menos até que eu voltei a mim e aí eles começaram a me explicar... ter psicólogos para conversar... entravam lá dentro do quarto onde eu estava fechada para me explicar porque eu estava retida daquele jeito, porque eles tinha me tirado do convívio da minha

família, porque eu estava oferecendo risco. Daí me explicaram e foi onde eu comecei a entender que eu já estava passando dos limites da doença e não tinha mais como ficar no convívio da família, que eles eram obrigados a me tirar do convívio da minha família, para eu não causar riscos a terceiros, meus filhos, meu marido” (Betânia, 36 anos, química).

Como no caso de Betânia, normalmente a internação aparece como uma solução quando a crise foge ao âmbito doméstico, acontecendo no trabalho ou na rua. Esta tendência é reforçada quando, associada a isto, a pessoa apresenta comportamentos agressivos para com outras pessoas, como os membros de sua família (SOUZA, 1999).

Vejamos mais alguns relatos sobre a passagem por hospitais psiquiátricos dos nossos entrevistados:

“Foi bom. Fez bem o tratamento [inaudível], apesar de ficar longe da família, mas foi bom e tal [...] tinha educador físico, estudos de artes, terapeuta ocupacional e psicóloga. De vez em quando, no dia assim, eles tinham a atividade mais para passar o tempo e essas coisas. Ai quando não tinha nada para fazer, eu lia, eu pegava material para ler, eu li 5 livros lá” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Eu fazia educação física, jogava vôlei... tinha a biblioteca né, daí eu pegava a livro que falava de Deus e ficava lendo” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

“Lá também era bom. Eles faziam maquiagem na gente, fazia a unha da gente, tinha reunião, tinha pintura, a gente desenhava... tinha bastante coisinha para a gente fazer” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Em estudo realizado recentemente em dois hospitais psiquiátricos brasileiros, foram identificadas como principais práticas terapêuticas: atendimento individual, atendimento familiar, consulta em situação de crise, atendimento em grupo, atividades recreativas e atividades físicas (PESSOA JÚNIOR, 2014). Esses resultados estão muito próximos das descrições das rotinas de internação de nossos entrevistados, sendo que as atividades recreativas parecem ser até mais valorizadas do que aquelas com fins curativos, como a administração de medicamentos.

Vejamos agora algumas avaliações dos nossos entrevistados sobre seu tempo de internação em hospitais psiquiátricos, destacando como estes associam a melhora de seu estado com as atividades desenvolvidas no local e o atendimento recebido por parte da equipe do serviço:

“Fiquei 50 dias lá internada [...] As outras me chamavam de louca, as outras pacientes. As enfermeiras não, as enfermeiras diziam assim ‘então vamos cuidar bem da senhora porque ela trabalha no hospital’” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Eu comecei a ouvir vozes e ver vultos, daí eu surtei e fui internada [...] Era gostoso, tipo eu comecei a voltar ter ânimo, eu comecei a ter ânimo de comer, eu ia para a fila e comia, eu voltei... como é que é... a se juntar com as pessoas no grupo, daí eu vim conhecer um pouco da doença” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Todavia, mesmo com a oferta de cuidados e tratamentos, nem todos os entrevistados tiveram uma boa experiência com o hospital psiquiátrico, como podemos ver nos relatos abaixo:

“Tinha bastante coisa para fazer, só que eu não fazia nada, eu só queria dormir só. Eles me davam injeção, eu dormia 2 dias, 3 dias... acordava e perguntava para as meninas ‘que dia é hoje?’. Elas falavam e eu nem lembrava... tinha dormido 2, 3 dias” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Lá no [hospital psiquiátrico] eu fazia trabalho manual assim sabe? Lá eu via todo mundo como sendo a minha mãe, Deus e os anjos e aquela confusão mental sabe? Tomei o remédio bem certinho, como eu tomo hoje, e não melhorava nunca” (Tereza, 48 anos, do lar).

Como foi possível observar nos relatos dos nossos participantes, a opção pela internação vem diante da expectativa de que o hospital possa funcionar como agência terapêutica e trazer benefícios para a saúde da pessoa, o que nem sempre se mostrou possível. Entretanto, o hospital psiquiátrico é buscado também para restabelecer a ordem que foi rompida – a crise no trabalho, a falta de alimentação, o sono por dias ininterruptos – assim, ele cumpre um papel em relação a saúde do indivíduo, mas também com o reestabelecimento do funcionamento habitual do meio onde a loucura veio a tona (SOUZA, 1999).

Pronto-atendimento

Para principiarmos essa discussão, precisamos nos deter no quadro que se caracterizaria como uma emergência em saúde mental que “se refere a qualquer perturbação do pensamento, sentimentos ou ações que necessitam de uma intervenção imediata para proteger a pessoa ou a terceiros do risco de morte” (KONDO et. al., 2011, p. 502). Nessas situações, cabe a ação de serviços de urgência e emergência com o objetivo de identificar quadros agudos e prevenir complicações.

“Eu fui no pronto-atendimento que me deu uma crise muito forte de choro e uma confusão mental sabe?” (Tereza, 48 anos, do lar).

“Me levaram para o 24 horas... mas eu não lembro de nada disso, nada, nada, nada... aí me entubaram, me deram... fizeram lavagem que tinha que fazer. Eu fiquei, isso foi no sábado... quando foi acho que na quarta ou quinta-feira que eu voltei assim um pouco, mas eu estava toda amarrada e estava com aqueles negócios [máscara de oxigênio] e eu puxei tudo e eu só falei... eu me lembro que eu falei para enfermeira: ‘hoje é domingo?’, ela disse ‘não, hoje é quarta’ [...] daí o médico veio conversar comigo” (Noemi, 59 anos, salgadeira – depois de uma tentativa de suicídio).

“Eu tentei me matar com remédio também... eu tomei uma cartela e meia de carbamazepina nessa última vez... e daí como travou tudo eu, a minha irmã levou eu para o pronto-socorro e lá eles deram soro até cortar o efeito” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

Entre os relatos, destaca-se a procura pelo pronto-atendimento nos casos de tentativa de suicídio. Uma pesquisa com profissionais de serviços de emergência entende que esse tipo de ato é um caso típico de atendimento emergencial em saúde mental (KONDO et. al., 2011). Nesse sentido, podemos compreender que nos casos de emergência, as pessoas com diagnóstico de transtorno mental ou seus familiares têm clareza de qual é o serviço de saúde que deve ser buscado, o que nem sempre acontece em outros momentos do desenvolvimento da doença.

Passaremos agora a tratar da avaliação que os entrevistados fizeram do seu atendimento no pronto-atendimento e para tal precisamos conhecer como se configura esse tipo de espaço:

Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde. A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada (VIDAL e GONTIJO, 2013, p. 112).

No caso de Olga, que apresentaremos a seguir, esses obstáculos parecem ter sido vencidos, uma vez que o atendimento recebido foi considerado satisfatório pelos familiares que a estavam acompanhando:

“Foi rápido. Eles me atenderam rápido. Quer dizer, eu não vi né, mas o meu filho e meu marido me acompanharam e falaram que foi tudo bem rápido e que me atenderam bem. [...] Fiquei em observação lá no 24 horas mesmo” (Olga, 53 anos, confeiteira).

Entretanto, alguns entrevistados relatam problemas no momento dos seus atendimentos:

“Eu lembro que foi num momento de crise de pânico horrível... porque eu fui no posto... que eu estava tendo uma crise... no pronto-socorro... uma crise horrível... e aí passaram 6 horas e ninguém me atendia e eu estava agonizando, achando que eu ia morrer” (Helena, 20 anos, estudante).

“Eu já tive crises aqui e fui para o 24 horas e você vê que as pessoas te tratam mal, tratam com frieza, como se fosse uma besteira, sei lá...” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Até no surto... eu fui parar no 24 horas [...] de lá eu me envolvi em uma discussão com a recepcionista” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Kondo et al (2011) salientam que a avaliação que os usuários farão de um serviço depende muitas vezes da primeira impressão que estes têm, e isto afetará a adesão ao tratamento e a sensação de ter recebido um atendimento de qualidade ou não. Num serviço de urgência e emergência, a avaliação depende da demonstração de preocupação da equipe quando o paciente chega ao local, bem como, da atenção dispensada pelo profissional no momento do atendimento. Nos relatos de Helena, Lorena e Marcos, percebemos que são exatamente estes itens que aparecem, quando eles acham que não foram bem tratados no relacionamento interpessoal por parte da equipe, eventos que provocaram mal-estar na interação. Da mesma forma, quando não houve preocupação com o quadro clínico, o que gerou um tempo de espera demasiado, e fez com que Helena fosse embora sem ser atendida.

Uma outra complicação que pode aparecer no atendimento de urgências e emergências em saúde mental é a continuidade do tratamento após a saída do pronto-atendimento, que muitas vezes exige um encaminhamento para outro serviço.

“É uma crise que eu tive [...] eu fiquei lá dois dias internada no pronto-socorro. Eu fiquei dois dias lá, daí não saia a vaga [para internação psiquiátrica], daí eu pedi para o meu irmão me levar embora” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“[...] um rapaz que precisava de internação psiquiátrica já estava há quatro dias contido em uma unidade de pronto-atendimento porque não havia vaga. Os atores envolvidos estavam tentando negociar (CAPS, Central de leitos, assistência social e quem sabe o Ministério Público) para solucionar esse processo que a coordenadora de saúde mental do município chamou de moroso” (Caderno de Campo)

Apesar das dificuldades relatadas para a realização dos encaminhamentos, essa atitude do serviço de pronto-atendimento é distinta da encontrada pela pesquisa de Vidal e Gontijo (2013), em que os pacientes receberam alta após o atendimento de emergência em casos de tentativa de suicídio, sem passar por avaliação psiquiátrica ou orientação de procurar outro serviço de saúde. Isso ocorre porque nos casos em que o meio escolhido para o suicídio não gerou um grave risco de vida, os profissionais podem subestimar o ato. Do contrário, uma rede de atenção à saúde mental bem articulada, que exista para além dos encaminhamentos burocráticos, pode garantir a continuidade do atendimento e mesmo prevenir novas tentativas.

Como vimos até agora, a intervenção em uma situação de emergência em saúde mental deve se apresentar como uma estratégia de tratamento breve e focalizada, tendo como objetivo impedir a progressão da crise ou uma situação de danos para o usuário e demais pessoas envolvidas (KONDO et. al., 2011). Para alcançar êxito, esse tipo de atendimento demanda uma boa avaliação do quadro clínico e a rápida tomada de decisão dos profissionais atendentes. Entretanto, pode acontecer que os casos de transtorno mental sejam considerados de menor grau de risco, em comparação aos outros tipos de enfermidade, e isso pode levar a negligência ou demora no atendimento, como vimos nos casos de Helena e Lorena.

4.2 PRÁTICAS CORPORAIS

Há uma clássica afirmação de Merleau-Ponty que diz: “eu sou o meu corpo” (1999, p. 208), que aponta que o corpo é, ao mesmo tempo, a fonte da existência e o local da experiência. Ser corpo é estar atado a um mundo que traz possibilidades, formas de agir, rituais, hábitos e conhecimentos. Assim, é impossível dissociar o corpo da experiência do sujeito no mundo (CSORDAS, 2013, MERLEAU-PONTY, 1999).

[...] as ações que tecem a trama da vida quotidiana, das mais fúteis ou das mais concretas até aquelas que ocorrem na cena pública, envolvem a mediação da corporeidade; fosse tão somente pela atividade perceptiva que o homem desenvolve a cada instante e que lhe permite ver, ouvir, saborear, sentir, tocar e, assim, colocar significações precisas no mundo que o cerca (LE BRETON, 2012, p. 07).

Pensando o corpo pelo prisma da fenomenologia, desde a sua preocupação com a experiência e o significado, entendemos que o corpo é o fundamento para participar

do mundo social, sendo atravessado, portanto, pelos aspectos culturais e suas práticas (MERLEAU-PONTY, 1999; GIORDANI, 2009).

Tomar o corpo como fundamento da experiência implica recuperar a dimensão vivida da cultura, no âmbito da prática e seus fundamentos corporais. O corpo é assento da prática, pois, por meio deste é que se pode ter acesso aos outros objetos, ao mesmo tempo em que já se pertence ao mundo, em que se está inserido no mundo a partir do corpo (GIORDANI, 2009, p.813).

Le Breton (2012) assinala que antes de qualquer coisa, a experiência é corporal, e é através dela que a relação com o mundo é construída nas atividades perceptivas, nas expressões dos sentimentos, nos cerimoniais, nos ritos de interação, nos gestos, na produção da aparência, nos jogos de sedução e, também, na relação com a dor e o sofrimento, nos exercícios físicos e das técnicas no corpo. Estes últimos itens são os que interessam particularmente a esse trabalho.

No decorrer das nossas entrevistas, foi possível observar que o cuidado com o corpo, sua observação e suas atividades, também são considerados no momento de tomar decisões acerca do melhor tratamento para o transtorno mental. Existindo então um manejo corporal e um investimento prático do indivíduo sobre esse corpo (GIORDANI, 2009).

“Eu me apegava bastante no exercício. Quando eu via que eu estava irritada, que estava começando a bater aquela angústia, eu já corria para a esteira e descia correr para passar, para extravasar aquela angústia, aquela coisa ruim” (Betânia, 36 anos, química).

“Eu tinha a caminhada também, mas eu parei com esse clima que está e a preguiça” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Atividade física me ajuda muito... Atividade física... Eu me sinto melhor, eu faço aquela academia de “estica-velho” que eles falam (risos), me ajuda...” (Edson, 55 anos, pedreiro).

“Atividade física também... sai correr, andar... você acaba melhorando realmente os sintomas né” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“De tanto a minha nora falar, eu fui fazer academia... aí gostei, estou gostando da academia. Estou fazendo esteira, já faço 10 minutos de esteira e semana que vem já muda para mais... fazendo bastante exercício, alongamento, tudo” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Nestes trechos destaca-se a presença da atividade física aeróbica ou muscular no cotidiano das pessoas, realizadas em estabelecimentos comerciais para esse fim, em academias de rua, em casa com aparelhos de ginástica (esteira, etc), ou ainda ao ar livre

(parques, etc.). Há entre os entrevistados a crença de que essas práticas corporais podem melhorar os sintomas da doença (como quando Betânia diz que alivia a angústia), mas o efeito alcançado parece ir além, trazendo bem-estar e desviando o foco de atenção da doença para um outro lugar.

Podemos compreender como esses resultados são alcançados a partir da obra de Merleau-Ponty (1999). Este autor afirma que ao encontrar um novo uso para o corpo, isso enriquece e reorganiza o esquema corporal, ou seja, ao se engajar em uma nova prática como um treino na academia ou um esporte, isso acaba trazendo ferramentas para a pessoa, pois ela passa a ter novas formas de experienciar a sua relação com o mundo.

O corpo é também o lugar onde a experiência de doença de manifesta. A doença pautada-se no corpo enquanto dimensão vivida da cultura, interligando a maneira como o indivíduo experimenta o processo do adoecimento e o esforço desse sujeito para intervir na sua realidade (GIORDANI, 2009). Assim, a ação dos entrevistados na busca de controle sobre o corpo é uma busca de controle sobre a situação de adoecimento.

Outro tipo de prática corporal que encontramos foi o engajamento em esportes:

“Fazer atividade física ajuda muito... está me ajudando... eu jogo basquete”
(Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Eu gosto de jogar bola... às vezes vou para praia jogar bola com a piaçada”
(Edson, 55 anos, pedreiro).

O elemento novo que a prática de esportes traz é que esta é realizada de maneira coletiva, enquanto os exercícios físicos são normalmente feitos de forma individual, ainda que os locais de treino sejam divididos com outras pessoas. Assim, quando Kevin e Edson procuram seus times para jogar basquete e futebol eles se beneficiam não só da prática corporal, como também da interação social e das relações que se desenvolvem nesse momento, sendo que as relações afetivas podem ser uma estratégia de enfrentamento do transtorno mental, como vimos no capítulo anterior.

Além das opções já citadas, encontramos mais duas práticas corporais entre os relatos dos entrevistados: Ivone pratica *yoga* e Kevin faz exercícios de respiração:

“Então eu vou na quarta-feira que tem yoga daí eu vou [...] eu achei legal, eu gostei... porque é exercício né que eu preciso por causa da minha fibromialgia e eu acho interessante” (Ivone, 52 anos, gerente geral)

“Eu tento respirar... tento porque o pensamento invade a mente e não tem como eu controlar, aí eu tento jogar um pensamento bom ou se no momento não dá, eu tento respirar” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção)

Ivone encontrou na *yoga* a solução para dois problemas de saúde que a afligem: a depressão e a fibromialgia, e entende que ambos os problemas estão relacionados, pois pioram conforme o seu estado emocional, sendo que a *yoga* consegue ajudar a lidar com esse estado, além do benefício direto que traz para a dor provocada pela fibromialgia. Kevin também aciona os exercícios de respiração diante de sintomas específicos, como quando está tendo ideias delirantes ou experiencia da perda de controle sobre si.

Para finalizar, queremos destacar a fala de Juliana, que demonstra que muitas vezes a biomedicina acaba endossando as práticas corporais. Assim, com o aval dos profissionais de saúde que recomendam certas atividades físicas, as pessoas se engajam nessas práticas ainda com mais certeza de que trarão benefícios para o problema de saúde.

“A única coisa que eu tenho feito ainda [...] que eu me animo para ir é a academia... academia eu estou indo porque o médico indicou” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

Com essa seção, pretendemos demonstrar como o que é considerado terapêutico é muito amplo, não se restringindo aos cuidados técnicos da biomedicina (que já abordamos) ou aos rituais de cura e religião (que tratemos a seguir). O efeito terapêutico também pode estar presente em práticas que não seriam consideradas como terapêuticas *a priori*, mas que por provocarem modificações nos corpos recebem esse valor (TAVARES, 2017). Nosso intuito não é, portanto, equipar a prática de uma atividade física com o cuidado recebido no CAPS, por exemplo, mas demonstrar como os entrevistados se engajaram em diferentes tratamentos e práticas em busca de melhora para o seu quadro clínico.

As práticas corporais até agora descritas podem ser compreendidas como técnicas de corpo, conforme a proposição de Marcel Mauss. Para esse autor, as técnicas do corpo são “as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo” (MAUSS, 2003, p.401), sendo que estas têm sempre uma determinada forma, que pode variar conforme as sociedades, a educação, a conveniência, o prestígio e mesmo a moda.

Esmiuçando as técnicas do corpo, Le Breton (2012, p. 39) as define como “gestos codificados em vista de uma eficácia prática ou simbólica” e que se constituem de “modalidades de ação, de sequências de gestos, de sincronias musculares que se sucedem na busca de uma finalidade precisa”. No caso da nossa pesquisa, esses gestos seriam utilizados na busca pelo bem-estar.

Pensar as práticas aqui apresentadas enquanto *técnicas do corpo* se faz possível, porque o corpo é o primeiro e mais natural instrumento do ser humano, que faz uso dele, por exemplo, para correr ou na utilização da força. Entretanto, correr não é só correr, isso é feito através da posição dos pés, dos braços, da respiração, da postura, da resistência, o que pode variar se a corrida está sendo feita por um corredor de velocidade, um maratonista ou um jogador de basquete que precisa conduzir a bola. Isso posto, é preciso destacar que há também um componente de aprendizagem nessa técnica, levantar um peso ou marchar não são simples séries de movimentos, mas sim, uma técnica aprendida e reproduzida (MAUSS, 2003).

Assim chegamos ao entendimento de que as técnicas do corpo são tradicionais e eficazes. Tradicional porque, como acabamos de ver, essas técnicas são transmitidas pela educação e aprendidas pelas pessoas. Já o eficaz pode ser atribuído dada a resposta que a técnica gera enquanto um efeito prático ou simbólico, por trazer modificações para o corpo e modificações nas relações entre corpo e mundo (ROCHA, 2008).

Então as práticas corporais aparecem como uma opção de cuidado para o transtorno mental, porque o corpo é um “nó de significações” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 210) que une as experiências de adoecimento e as experiências de cura, a presença e a ausência dos sintomas, o sofrimento e o bem-estar.

4.3 RELIGIÃO

A associação entre religião e saúde já é há muito debatida. Estudos da religiosidade das classes populares urbanas, por exemplo, têm apontado para o papel central que os cultos religiosos podem ter enquanto agências terapêuticas. A melhora de um quadro clínico via religião, parte do argumento de que as ações religiosas curam porque estabelecem – ou devolvem – ordem à experiência caótica do adoecimento para a pessoa enferma e seu grupo social (RABELO, 1993).

No âmbito deste trabalho, compreenderemos religião enquanto um sistema específico e coletivo de crenças religiosas, que possuem práticas reconhecidas e

reproduzidas em uma comunidade e um conjunto de respostas compartilhadas. Outra característica importante é o aspecto institucional da religião, que permite que ela exista enquanto fenômeno mais ou menos estático, ancorado na tradição e em doutrinas previamente estabelecidas (FREITAS e VILELA, 2017; FREITAS, 2017). Em nossa pesquisa, o caráter institucional da religião ganha bastante destaque, uma vez que, pelos relatos dos participantes, todas as ações de cuidado que envolveram religião foram feitas sob a égide de algum culto religioso organizado, em espaços sagrados, e sob a lideranças de pastor, padre, benzedeira, entre outros. Mesmo aqueles que atribuíram à fé a melhora no quadro clínico, entendiam que esta fé precisava estar enlaçada e ser professada dentro de uma igreja, por exemplo.

A religião aparece como uma opção de cuidado, conforme Rabelo, Alves e Souza (1999), porque nem sempre há um paralelo entre o problema de saúde e a escolha da agência terapêutica, se assim fosse, diante de sintomas físicos e diagnósticos, as pessoas acionariam apenas serviços biomédicos. Dessa maneira, no cotidiano do cuidado, não há “doenças de médicos”, tratadas pela biomedicina, e “doenças espirituais”, acompanhadas pela religião, e sim, a complementaridade dessas práticas, onde profissionais de saúde e especialistas religiosos são chamados para lidar com um mesmo conjunto de sintomas,

“Eu costumo falar que eu vivi o inferno na terra, porque é muito sofrimento... e eu vou para a igreja... fui para a igreja porque lá eu encontrei um porto seguro, lá eu encontrei um lugar onde eu posso refletir e receber uma palavra de ânimo” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“As vozes não estão contínuas como estavam antes porque agora eu descobri que se eu ler a Bíblia e louvar a Deus as vozes param, sabe?” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Nos relatos de Kevin e Vilma, podemos ver como a religião aparece como uma opção terapêutica em saúde mental, depois que o transtorno mental já foi identificado e houve um caso em que diante das primeiras manifestações da doença, a escolha de cuidado foi a religião.

“Foi na época que eu entrei trabalhar, que eu entrei trabalhar... eu sabia... no fundo você sente que tem alguma coisa que não tá bem [...] naquela época, a saúde era uma coisa e eu me sentir bem era outra coisa, então eu comecei na igreja, porque, na igreja evangélica... porque eu achava assim... eu achava não, eu acho assim... que Deus mandava falar para mim as coisas, então eu ia lá” (Lorena, 39 anos, vigilante).

Anteriormente, já vimos que diante dos primeiros sintomas ou na primeira crise, essa experiência já é significada pelo grupo social da pessoa como sendo uma doença, ainda que não se saiba qual. Lorena foi a única participante dessa pesquisa que significou a experiência de mal estar que estava tendo como sendo de ordem espiritual, e por isso, sua primeira opção de cuidado foi a religião.

Outro trecho que gostaríamos de destacar é o de Betânia, que relata como sua relação com a religião mudou após o diagnóstico de transtorno mental. Ela, que antes não tinha uma presença assídua na igreja, agora passa a se engajar profundamente com as atividades da religião.

“Para mim é muito importante a religião. Eu tenho muita fé. Eu me apego muito a Deus e se não fosse por Deus hoje eu não estava aqui para te dar esse testemunho, porque eu já tentei [me matar] várias vezes [...] Eu já ia antes, só que eu não era aquela católica frequente sabe? Eu ia de vez em quando e agora não, agora a gente é dizimista da igreja, a gente vai nos finais de semana na igreja, eu aprendi a rezar terço e pedir por Deus em casa, orar pela minha família e tudo eu aprendi depois que eu peguei a doença, porque antes eu só sabia trabalhar, deixava o resto todo de lado” (Betânia, 36 anos, química).

Para que uma religião tenha efeito terapêutico não é necessário que haja um engajamento prévio com a prática religiosa, mas sim, que a pessoa acredite no poder de cura desta agência. Esse efeito também pode ser potencializado se a família, os amigos e vizinhos também compartilharem a crença (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). No caso de Betânia, por exemplo, ela retorna à igreja católica depois de passar um período sem se comprometer com as práticas religiosas, mas há casos também que a religião de origem é abandonada e a pessoa passa a buscar uma nova filiação religiosa:

“Eu acredito em Deus e eu já procurei... quando eu fiquei doente... eu vou falar uma verdade: eu procurei em todos os meios! Porque eu não encontrava a paz, eu não encontrava a Deus, eu não encontrava nada... aí eu procurei em todos os meios... só que eu me senti muito bem na evangélica, eu gosto muito de ir na igreja né, na evangélica. Nunca mais eu fui na católica, eu sempre vou na evangélica, eu gosto muito dos cultos e me ajudou muito, me faz bem e eu encontrei a paz. [...] Fui no espírita, cheguei a ir na Católica... cheguei a participar da católica, já era católica né... fui também no centro de Umbanda, fui... olha! eu procurei... daí a última que eu fui foi na evangélica também, só que eu não fui na primeira, eu fui em várias e várias igrejas evangélicas, eu só fiquei naquela na qual eu me senti bem” (Glória, 46 anos, do lar).

A situação descrita por Glória é o que os especialistas chamam de “trânsito religioso” em que as pessoas circulam pelas diversas confissões religiosas e podem

inclusive apresentar uma justaposição de pertenças religiosas (ALMEIDA e MONTERO, 2001). Vejamos mais um exemplo desse trânsito religioso:

“Eu tinha parado de ir para a igreja [católica]. Eu tinha ido para uma outra igreja de mórmons, aí saí da igreja de mórmons e voltei para a igreja católica. [...] Eu não estava indo para a igreja, só voltei para a igreja depois que eu saí do internamento” (Rafael, 19 anos, estudante).

Como no caso de Glória, uma pesquisa realizada por Almeida e Montero (2001) mostra que o trânsito religioso costuma ocorrer com as mulheres, de escolaridade média ou baixa, das classes econômicas C e D, e em direção as igrejas pentecostais. Assim, seria possível configurar uma trajetória típica desse movimento em busca de pertença religiosa:

[...] suponhamos um movimento ideal no campo. Começemos por um religioso de referência, tão comum no Brasil: o católico “não-praticante”. Um indivíduo que passou pela Igreja em momentos como batizado, talvez uma comunhão e uma crisma, o casamento e, no futuro, receberá dela a extrema-unção – alguém que pode muito bem se declarar sem religião, dependendo do dia em que for entrevistado, mas, ao descobrir ser portador de uma grave doença, recorrerá à fé católica, aos santos milagreiros e a alguma devoção a Maria. Não conseguindo o seu objetivo, recorre à umbanda, que lhe promete a cura mediante oferta de sacrifício para alguma entidade afro-brasileira. A cura, no entanto, não vem. Ele, então, assiste na televisão os testemunhos de milagres que ocorrem a quem for à Universal; e lá se fixa o fiel-doente. A partir de pesquisa na Igreja Universal, pode-se afirmar que até aqui essa trajetória é significativamente observável (ALMEIDA; MONTERO, 2001, p. 100).

O diagnóstico, e o posterior tratamento para o transtorno mental parecem proporcionar um momento de reflexão e avaliação sobre a própria vida, incluindo aí a religião que, se antes era algo sem impacto no cotidiano, agora passa a ter uma posição central, como vimos no caso de Betânia. Entretanto, se a religião de pertença até então não dá os meios necessários para lidar com a nova realidade da doença, a pessoa pode procurar ajuda em outras filiações, em uma nova religião como Glória fez, ou ainda retornar a uma antiga em que já foi acolhido, como foi o caso de Rafael.

Esses processos de mudanças, permanências e engajamentos em relação à prática religiosa ocorrem porque as pessoas procuram na religião uma forma de dar sentido ao adoecimento. Cardoso, Oliveira e Piani (2016) realizaram uma pesquisa em CAPS e descobriram que os usuários atribuem explicações religiosas para a doença, e assim, buscam uma possível cura dentro do conjunto de ações, práticas e significados da

religião. Vejamos nos relatos abaixo, como Kevin e Rafael desenvolvem uma compreensão da doença ligada à religião:

“Porque tem um lado espiritual também nisso, não é só o lado físico. O lado aqui que a gente consegue ver... existe o lado espiritual também, eu creio no lado espiritual. [...]e como existe Deus, existe o diabo também e ele... se eu assumir isso para mim ele vai assumir que eu tenho... e eu não acho legal assumir que eu tenho isso porque, igual eu disse, tem um lado espiritual, como se eu tivesse assimilando ‘isso aqui é meu’ mas não é meu na verdade” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“Quando vem o padre lá em casa... eu estava desconfiando até do padre de tanto medo que eu tinha das pessoas. Ele falou que a minha mente estava bloqueada espiritualmente, ele tentou fazer assim e eu desconfiava dele... ele não conseguiu tirar nada de mim, ele falou ‘a sua mente está bloqueada espiritualmente’” (Rafael, 19 anos, estudante).

No relato de Kevin percebe-se que a compreensão de doença foi desenvolvida no interior do modelo neo-pentecostal. Para esse grupo religioso, a enfermidade aparece como um mal que invade o corpo, ou seja, algo que é externo a pessoa. É isto que leva Kevin a dizer *“isso não é meu”*. Nesse sistema, a cura acontece pela expulsão da entidade maléfica – de preferência de forma pública – e o ingresso do doente no espaço ordenado da Igreja (ALVES e RABELO, 1999).

Pensando então nessa ordem que a religião fornece, podemos compreender que o efeito terapêutico também advém do projeto de normalização da pessoa contido nas práticas religiosas. Ao proporcionar ao doente uma explicação sobre a sua doença e também um caminho para a cura, a religião promove uma normalização da vida, onde a pessoa já não está em uma situação-problema, uma vez que houve mediação dos recursos que ela precisa para lidar com a doença e para operar no mundo novamente (RABELO, 1999).

A associação entre compreensão da doença e projeto de cura, mediados pela religião pode ser observada na fala de Kevin:

“Na verdade, eu achava que era uma macumba que tinham feito para mim, eu pensei né ‘ah! foi feito uma macumba’. Tanto é que no dia de ir para o hospital, para clínica psiquiátrica, [...] eu achava que lá era um lugar que eles iam desfazer a macumba que tinham feito para mim” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Para aqueles que atribuem um caráter espiritual à doença, comportamentos e atitudes podem passar por uma resignificação. Rabelo, Alves e Souza (1999) revelam que a natureza espiritual de uma enfermidade pode ser entendida como a intervenção de

forças ou entidades não humanas. Assim, ocorre uma separação entre aquilo que a pessoa faz e o que ela é, uma vez que as ações estariam sendo controladas por uma força ou entidade externa a ela, que Kevin reconhece como uma “macumba”. Dentro dessa visão de doença, a essência do enfermo estaria preservada e a enfermidade seria um mal externo que o atinge. Entender-se como vítima de algo vindo de fora gera um certo grau de conforto para qualquer doente, em especial para as pessoas com diagnóstico psiquiátrico, em que os comportamentos estão muito afetados.

Entretanto, nem todos os participantes encontraram conforto e cuidado para a sua doença na religião.

“Eu antes de fazer... de tentar o suicídio... eu ia muito no salão do reino, na Testemunha de Jeová, porque a minha família do lado da minha mãe elas são todas Testemunhas de Jeová [...] daí eu não fui mais, o porquê eu não sei... eu não fui mais, por causa de ter muitas pessoas sabe? de ter muitas pessoas juntas, de... E eu acho assim: que eu fiz uma coisa assim, eu sei... já falaram para mim que não é assim... eu acho que eu fiz uma coisa assim, que eu pequei muito, muito, muito, muito e eu não sou digna de entrar aonde tem a palavra. Que se eu tivesse fé e confiança eu não tinha feito... mas não que eu não tenha fé e confiança e não acredite... então eu não sou digna de pisar aonde é o lugar que só fala em coisas boas, em Deus” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Eu estou me sentindo tão excluída da minha igreja... eu não sei se é por causa do meu problema, mas eu estou me sentindo assim... eu a recém me separei, eu estou com depressão, tá e daí? eu vou lá, faço minhas orações, conversas normais, eles nem perguntam ‘e aí como é que você está?’ [...] eu estou bem desanimada com o pessoal da minha igreja, bem desanimada... porque daí eu tenho que vestir uma máscara quando eu estou com eles, eu tenho que ser feliz... por isso que eu te falei que daí eu fico triste e parece que eles não querem estar perto de mim... eu estou pensando em me afastar de lá e ir em outra igreja” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“Eu fui para a igreja pedir oração... estou frequentando aqui... mas às vezes eu estou mil maravilhas... mas 2, 3 dias eu não estou” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

Pelos excertos podemos identificar três tipos de conflitos entre a religião e o cuidado do transtorno mental: 1) Noemi acredita que a sua religião condena a sua tentativa de suicídio, ainda que ela não tenha voltado na igreja ou tido contato com as pessoas da comunidade religiosa depois do ato, os ensinamentos que ela internalizou da doutrina já são suficientes para que haja conflito entre a religião e sua experiência de doença; 2) Para Juliana os conflitos com a sua comunidade religiosa devem se ao fato de não receber cuidados para o transtorno mental, como se a sua doença não fosse séria ou digna de atenção, assim, ela não recebe a ajuda que precisa e foi buscar; e 3) o conflito de Adélia com a religião acontece porque ela julga que os cuidados que recebe

na igreja não estão fazendo efeito, de tal modo que mesmo indo na igreja e pedindo orações ao pastor, ela não consegue ver melhora no seu quadro.

Como vimos no relato de Adélia, para a maioria dos nossos participantes, as práticas de cuidado oriundas da religião aparecem como complementares ao tratamento biomédico, acontecendo de forma simultânea ou aparecendo num momento posterior à biomedicina. A pesquisa de Rabelo, Alves e Souza (1999) sobre itinerários terapêuticos também teve resultados parecidos, onde as terapias religiosas não representaram um impedimento para o uso dos serviços médicos, e vice-versa. Apenas um participante abandonou o tratamento médico para se engajar somente em uma prática de cuidado religiosa:

“Eu não lembro porque... eu sei que eu desisti do tratamento daí voltei a ouvir vozes de novo... eu não queria tomar remédio porque Deus é tudo né, Deus cura essas coisas assim... daí eu não queria tomar remédio” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Ainda que haja um entendimento de que há explicações científicas para doenças que seriam tratadas pelos médicos e explicações espirituais para doenças que seriam tratadas pela religião e pela fé, essa fronteira não é fixa, pelo contrário, é resignificada e revisada constantemente (RABELO, 1993). É nesse cenário que alguns participantes se engajam, ora na biomedicina e ora na religião, e outros estão simultaneamente engajados nas duas opções de cuidado.

Pensando a religião como uma forma de cuidado do transtorno mental, queremos destacar ainda que existem formas diferentes de ação, que para fins didáticos e de análise foram assim separadas: 1) Ação direta: quando a religião tem uma prática efetiva voltada exclusivamente para o tratamento de doenças, como os rituais de cura; e 2) Ação indireta: quando o efeito terapêutico é disparado tão somente pela fé ou pelo espaço institucionalizado da religião.

A primeira forma de ação direta de cuidado dentro de uma comunidade religiosa que queremos destacar é o suporte social:

“Toda vida elas[mulheres da igreja] ligam, perguntam, vão lá em casa me ver, sabe? ou se elas não conseguem falar comigo elas ligam para minha irmã, essa que [...] é Testemunha de Jeová e perguntam como que eu estou, elas nunca me abandonaram” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

“Foi assim comigo: algumas pessoas me ajudaram. O pessoal da igreja ajudou muito minha mãe. Quando minha irmã e meu irmão ficaram doentes,

levaram comida para eles, que ele ficou internado” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“O pastor da igreja sabe que eu tomo remédio controlado [...] Ele fala assim: ‘está tomando o remédio certinho?’, ele sempre pergunta assim essas coisas” (Cícero, 19 anos, desempregado).

O suporte pode acontecer como um acompanhamento do caso pelas pessoas da comunidade religiosa, como destaca Noemi, que se sente acolhida quando estes ligam para saber como ela está, ou quando o pastor demonstra preocupação com o andamento do tratamento biomédico de Cícero. Outra forma de suporte social pode vir nos momentos de vulnerabilidade, como quando os irmãos de Cícero passaram por internação psiquiátrica e comunidade da igreja forneceu apoio com visitas e doação de alimentos, para tentar amenizar a gravidade da situação.

Dentre as várias possibilidades de ação direta da religião no cuidado ao transtorno mental, vamos destacar a trajetória de Helena, que passou por três distintas experiências: benzimento, atendimento com um parapsicólogo e ritual de cura. Essas ações foram desenvolvidas por pessoas ligadas à religião ou indicadas por elas, dentro do espaço religioso.

Começemos com o benzimento. Essa prática está associada ao catolicismo popular e é bastante difundida e reconhecida socialmente, tendo como função tratar doenças, males do corpo e da alma. Hoffmann-Horochovski (2015) remete às origens dessa atividade ao Brasil colonial, mostrando o quanto é antiga na sociedade brasileira, apesar de atualmente estar caindo em desuso pela população mais jovem.

“Benzedeira desde criança, sim, sempre. [...]eu lembro do balcãozinho, eu lembro das coisas em cima do balcãozinho, eu lembro do copo d’água, eu lembro das folhinhas lá, eu lembro dela falando as coisas. Inclusive até hoje eu sempre vou ver ela e ela: ‘mas você é uma pessoa que deveria na sua família seguir isso’” (Helena, 20 anos, estudante).

O benzimento envolve tanto os rituais de cura como também o ambiente onde é realizado, que evidenciam o seu caráter sagrado. Assim como lembra Helena, o local é montado com objetos especialmente escolhidos, como quadros ou imagens sacras de Jesus Cristo, Nossa Senhora e outros santos protetores que são evocados de acordo com o mal que se quer combater. Quanto ao ritual, ainda cabe observar como é feita a oração e os gestuais, que variam de acordo com cada benzedeira (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2015).

Destacamos também o final da fala de Helena, onde ela revela o interesse da benzedeira – que é sua tia – de lhe ensinar o ofício da cura. Hoffmann-Horochovski (2015) assinala que a benzeção envolve saberes que são passados de geração para geração, em especial por mulheres, que a assumem como uma vocação. Dessa maneira, é necessário à benzedeira com experiência encontrar uma pessoa para ser sua aprendiz, para a qual repassará seus conhecimentos, para que a tradição tenha continuidade. A escolha da aprendiz é feita a partir da identificação de um dom divino, que a torna apta a realizar os procedimentos de cura, que no caso por nós analisado, é identificado pela tia benzedeira, mas não por Helena.

Outra experiência religiosa vivida por Helena ainda na infância, foi o atendimento com um parapsicólogo. Nessa época, a entrevistada frequentava a igreja católica e estava tentando lidar com sonhos que vinha tendo, quando surgiu a sugestão de que ela deveria fazer sessões com o parapsicólogo que dava palestras na igreja – sugestão que foi acatada pela mãe de Helena. Goulart (2014), salienta que a parapsicologia foi introduzida no Brasil principalmente por grupos católicos e espíritas, e por isso, ela tem forte conotação religiosa, sendo equiparada à religião pela população em geral. Em contrapartida, há outros grupos que advogam o seu caráter científico.

“Aí passei para o parapsicólogo... eu tive acho que umas quatro sessões... eu não entendia nada (risos) [...] Ele falava a mesma coisa, perguntava as mesmas coisas que o psicólogo, só que ele me fazia perguntas do tipo, era muito mais construir, dar imagens claras para os personagens com os quais eu sonhava, que eu via, as coisas que eu escutava” (Helena, 20 anos, estudante).

Diante do interesse da parapsicologia com a percepção extrassensorial, com a psicocinese (fenômenos em que há uma alteração física a partir da ação mental de um agente), aquisição de informação sem o uso dos órgãos usuais do sentido, telepatia, clarividência e precognição (GOULART, 2014), fica evidente porque a mãe de Helena achou que esse profissional poderia ajudá-la, já que na época, as pessoas da sua igreja e da sua família acreditavam que os sonhos da menina se tornavam realidade. Assim, sobre essas diferentes experiências e interpretações pelas quais passou, Helena explica porque se engajava:

“Não é que eu não acredito nessas coisas, mas são muitas coisas e muito complexas para tentar ser entendidas... então e eu acho meio egoísta, talvez meio idiota da minha parte tentar descartar o que poderia ser real ou não” (Helena, 20 anos, estudante).

A última experiência de ação direta da religião que Helena relatou foi um ritual de cura dentro de uma igreja evangélica. Além dela, outros entrevistados também passaram por situações semelhantes como podemos ver abaixo:

“Das pessoas segurarem a sua cabeça tentarem te jogar no chão... e aí eu lembro que uma vez o pastor ficou assim fazendo uma oração muito louca na minha cabeça e começou a me empurrar e eu olhei para ele assim: ‘se você me empurrar eu vou cair mesmo’. Já teve outras vezes que daí foi complicado, que foram experiências pesadas, porque eu realmente apaguei e aí as pessoas falaram o que que aconteceu comigo e eu fiquei tipo: ‘eu não fiz isso’” (Helena, 20 anos, estudante).

“Eu estava indo na igreja esses tempos [...] Revelação, coisas que fala para gente: ‘você tá perdida, tem uma pessoa aí que está assim’ sabe?... daí você ergue a mão e a pessoa fala ‘é você aí’... você vai para frente e recebe oração. Então aquilo parece que, parece como se Deus estivesse falando com a gente, então me ajuda bastante” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“O pastor vai, faz oração, faz oração, faz oração para mim... eu passei mal na igreja, ele fala que é resgate das almas [risos], é igreja evangélica” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

Os rituais de cura acima descritos estão diretamente relacionados com a forma como os evangélicos, em especial os pentecostais, compreendem a doença. Esse grupo religioso parte de um modelo que opõe radicalmente bem e mal. A doença é provocada por forças externas, em geral uma representação do Satanás, que devem ser expulsas do corpo em rituais públicos que recriam uma luta. Se a luta for ganha, há a passagem da aflição à cura, a pessoa deixa o plano do mal e volta a fazer parte do bem e do universo ordenado da igreja (RABELO, 1993).

Para que o ritual funcione, é preciso que haja concordância entre as tradições coletivas e as experiências individuais, para que o curador religioso, doente e público, representações e procedimentos, encontrem cada qual o seu lugar no sistema, e possa haver uma modificação na estrutura, como uma cura. Quando esse processo é repetido muitas vezes e por muito tempo, já não é necessário que curas reais aconteçam para validar o ritual, pois ele já fornece um sentimento de segurança para o grupo (LÉVI-STRAUSS, 2012).

Outra ação direta de cuidado realizada por uma religião que encontramos durante a pesquisa foi a atuação da Pastoral Familiar, desenvolvida pela Igreja Católica. A Pastoral Familiar pode ser entendida como um serviço que tem como objetivo apoiar as famílias da comunidade (CURIA DIOCESANA, 2013).

“Tanto que eu participo de um grupo de autoajuda... é grupo familiar né... aí a gente conversa sobre tudo isso também. [...] Começa com oração, a gente canta, aí depois se divide em grupo igual fazem aqui... cada um pega um tanto de pessoas, porque participa bastante gente... aí a gente conta como foi a semana, o que aconteceu de bom, o que aconteceu de ruim, o que pode fazer para melhorar [...] É a pastoral da família” (Olga, 53 anos, confeitira).

Os focos de atuação da Pastoral Familiar são: Setor Pré-Matrimonial que busca evangelizar namorados e noivos; Setor Pós-Matrimonial que oferece ajuda a recém-casados e formação contínua para a vida conjugal e familiar; e o Setor Casos Especiais que oferece acolhimento para as famílias que enfrentam situações de conflito, como o uso de drogas ou alcoolismo (CURIA DIOCESANA, 2013). Parece ser a esse último setor que a atividade de Olga está conectada, uma vez que ela procurou ajuda na Pastoral Familiar depois que o filho começou a fazer uso de drogas, e ela e o marido passaram a participar do grupo familiar de apoio. Destacamos ainda que o filho de Olga também recebe ajuda na Igreja Católica, através da Pastoral da Sobriedade.

A última ação direta da religião voltada para o cuidado de uma pessoa com transtorno mental que iremos destacar é o trabalho voluntário. Nesses casos, uma igreja ou outro local de culto pode disponibilizar profissionais para atender a sua comunidade. Ivone, por exemplo, é atendida por uma psicóloga voluntária dentro de um programa da sua igreja evangélica:

“Na igreja é voluntário assim: de vez em quando... da igreja... talvez você já ouviu falar... lá tem assim psicólogos voluntários... daí às vezes eu ia lá e ela conversava comigo. Ela sabia minha história inteira, com a minha mãe, com a minha neta, da minha doença” (Ivone, 52 anos, gerente geral)

Freitas (2017), ao falar dos serviços voluntários de instituições católicas, espíritas ou evangélicas, entende que as pessoas que procuram esses programas de instituições religiosas o fazem em consonância com suas crenças. Assim, o profissional que irá atender compartilha as mesmas crenças que a pessoa que procura ajuda e que poderá se beneficiar do atendimento psicológico aliado aos princípios preconizados por sua religião.

Também existem as ações indiretas da religião no cuidado com o transtorno mental. Para Mauss (1974), quando uma pessoa diz acreditar em alguma coisa, isso significa uma adesão total a essa crença, no nível do sentimento, da volição e da ideação, assim, não é preciso haver um rito ou uma técnica de cura específica para que a

pessoa se sinta ajudada, pois “é a fé do doente no poder mágico que o faz efetivamente sentir a extração da sua doença” (MAUSS, 1974, p. 155).

“É só Deus! É Deus, não é a igreja! Tanto é que eu não vou pelo nome da igreja, eu não vou pelo pastor, eu vou por Deus, pela minha fé, e lá eu encontro e me sinto bem” (Glória, 46 anos, do lar)

Pesquisa realizada por Mângia e Yasutaki (2008), com usuários de um NAPS, mostrou que a fé é considerada um aspecto importante no itinerário terapêutico dos pesquisados. Em consonância com esse subitem em que discutimos a ação indireta da religião no cuidado, nenhum dos usuários do NAPS relatou especificamente o que esperava da busca de auxílio em agências religiosas, mas deram ênfase ao ato de fé como importante para o tratamento e para a melhora no quadro clínico por conferir força, suporte e perseverança.

Normalmente essa expressão da fé ocorre nos espaços institucionalizados da religião, com a participação em um ritual, como o culto das igrejas evangélicas ou a missa na igreja católica.

“O culto me ajuda, as pessoas não, nem um pouco... eu estou pensando até em sair de lá.” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“Só o culto me ajudava... eles não sabiam que eu tinha a doença” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

“Eu vou todo domingo na missa. Sempre que eu posso e tem missa eu vou. [...] É o espiritual né. Ajuda bastante” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

Neste ponto, gostaríamos de enfatizar a fala de Juliana e Selma, que procuram destacar o ato de professar a sua fé, desde outros aspectos da religião. Juliana entende que ir ao culto da sua igreja auxilia com a sua doença, mas não acredita que as pessoas da sua comunidade religiosa possam a ajudar também. No caso de Selma, o culto é visto como terapêutico em si, uma vez que ninguém da sua igreja sabe que ela tem esse diagnóstico, assim, ela não recebe nenhum outro tipo de ação de cuidado para a doença, que venha da sua religião.

O culto pode apresentar um efeito terapêutico por ser um campo organizado de práticas e representações, dentro do qual, o especialista religioso manipula esse conjunto de símbolos para produzir a cura. Mas, para que o processo funcione e a cura ocorra, é indispensável que o doente (e seu grupo social, preferencialmente) compartilhe os símbolos religiosos que lhe são oferecidos durante o culto (RABELO, 1993).

Além dessa ação no espaço institucionalizado, há também a possibilidade de uma prática religiosa ser levada para o âmbito individual e doméstico, e ser acionada como uma opção de cuidado. Kevin, por exemplo, organiza um ritual de oração em busca do seu bem-estar:

“A oração, é muito bom que eu desabafo... coisa que eu não consigo nem falar com minha família, com o pessoal aqui, nem no colégio, eu falo em oração” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Mas de que maneira a religião produz algum efeito sobre a enfermidade? Lévi-Strauss (2012), afirma que qualquer doença ou perturbação fisiológica traz consigo um conteúdo afetivo que aparece à consciência da pessoa e, que a cura igualmente acontece quando se lida também com esses aspectos afetivos. Neste caso, não se trata de uma eficácia técnica, como aquela almejada pela biomedicina, mas sim uma eficácia simbólica (TAVARES e BASI, 2013).

A eficácia simbólica

[...] traduz várias maneiras de designar práticas e situações capazes de produzir resultados que não se reduzem a uma explicação mecânica de causa e efeito. Atos mágicos, práticas rituais, cura ritual, práticas terapêuticas não científicas, xamanismo, feitiçaria, desembruxamento, terapias alternativas ou não convencionais... e seus efeitos (MALUF, 2013, p. 54).

Nesse âmbito, a eficácia simbólica funciona porque produz um reordenamento estrutural da situação vivida pela pessoa, a partir do momento em que consegue produzir uma experiência específica através de determinados procedimentos, métodos ou técnicas de cura. Não se trata, porém, de um efeito placebo; o que acontece, é uma transformação ou uma reorganização estrutural na vivência da pessoa (LÉVI-STRAUSS, 2012; MALUF, 2013).

Para que uma técnica de cura atinja a eficácia simbólica é fundamental que o doente acredite nessa opção terapêutica, ou que pelo menos não a coloque em dúvida. Também, que o grupo ao qual ele faz parte também acredite, o que faz com que exista um sistema coerente, que fundamenta a interpretação da doença e da cura:

À diferença da explicação científica, não se trata aqui, portanto, de ligar estados confusos e desorganizados, emoções ou representações, a uma causa objetiva, mas sim de articulá-los na forma de uma totalidade ou um sistema, sistema esse válido precisamente na medida em que permite a precipitação, ou coalescência, desses estados difusos (e também penosos, em razão de sua descontinuidade). E este último fenômeno é confirmado à consciência por

uma experiência original, que não pode ser captada de fora. (LÉVI-STRAUSS, 2012, p. 198)

Uma parte importante desse sistema é a linguagem. O curador (xamã, padre, pastor, benzedeira, etc.) irá fornecer uma linguagem específica ao doente, e com isso ele poderá descrever a sua enfermidade e exprimir estados até então não formulados, e que não seriam passíveis de elaboração de outra forma (LÉVI-STRAUSS, 2012). Os resultados da eficácia simbólica ocorrem pelo papel ordenador da significação, que vem através da linguagem e permite a reconstrução de representações adequadas.

Indo ainda mais a fundo, o que garante a eficácia simbólica da religião e o seu poder de significação social é o fato de que ela carrega um embrião de magia. A magia está diretamente relacionada com o simbólico e com a linguagem, assim, ela se constitui numa das maneiras da sociedade se manifestar (ROCHA, 2008).

A magia consiste numa “ideia prática” cujas ações e representações, ou seja, a performance ritual e o sistema de crenças que a caracteriza, não estão separados, ao contrário, formam um único processo simbólico traduzido em termos de “arte de fazer”. A magia é portadora de uma significativa qualidade performativa que parece inscrita nos rituais da prece, nas danças xamânicas, nos processos simbólicos de trocas (ROCHA, 2008, p. 137).

O que sanciona a magia, segundo Mauss⁶⁰ (1974), é o fato de ela fazer parte da tradição, e como tal, é um fato que se repete e tem um rito que pode ser transmitido enquanto um conhecimento, já que é sancionado pela opinião pública. Outra dimensão da magia é que ela sempre envolve o coletivo, por isso, práticas estritamente individuais não podem ser alocadas nessa categoria.

Assim, podemos concluir que a prática religiosa funciona como uma opção de cuidado para o transtorno mental pela possibilidade de atribuir significado a experiência de doença e pela sua eficácia simbólica. Além disso, ela é recorrentemente sancionada pelo coletivo, uma vez que ao ser ancorada na tradição e na magia, a religião fornece um conjunto de significados que permite a uma comunidade interpretar e agir sobre o mundo.

⁶⁰ Para Mauss (1974) magia e religião não são exatamente a mesma coisa, mas podem ser pensadas como práticas análogas.

5 DESVIOS NO PERCURSO: AS MUDANÇAS NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Ao estudarmos o itinerário terapêutico das pessoas em busca de cuidados para o transtorno mental percebemos que esse não é um caminho linear, pelo contrário, as várias opções seguidas não são articuladas, há momentos em que mais de uma forma de cuidado é acionada ao mesmo tempo e em outros momentos a pessoa não está engajada em nenhuma tratamento ou cuidado. Desse modo, coube nesse trabalho também investigar o que altera um itinerário terapêutico, conectando essas modificações com as experiências vividas de cada pessoa, para apreender o que faz cada IT ser singular.

Tavares (2017) afirma que o itinerário terapêutico é sempre processual, por isso comporta hesitações, indefinições e mudanças de escolha terapêuticas durante o curso de uma experiência de enfermidade e tratamento. Essas mudanças ocorrem porque ocorrem inúmeras mediações nos processos de saúde e doença, que se desenrolam em temporalidade específica, fazendo com que a pessoa abandone uma opção de cuidado feita no passado quando novas informações vêm à tona, o que pode levá-la a se engajar em uma nova agência terapêutica.

Nas pesquisas de IT, é problemático afirmar que existe um padrão a ser desenvolvido, um caminho único e definido a ser trilhado, conforme destaca Alves (2015, p. 41):

Os relatos de casos sobre busca e uso de tratamento usualmente apresentam diferentes cursos de ação, vacilações, dúvidas, entradas e saídas em diferentes modalidades de tratamento, arranjos na vida cotidiana, estabelecimento de novas redes sociais. [...] Assim, as hesitações, as incertezas, as perplexidades, as formações e dissoluções de laços interativos são elementos que devem ser devidamente levados em consideração pelos estudiosos do IT, uma vez que o itinerário terapêutico é sempre construído através de uma multiplicidade de perspectivas de ação.

Desse modo, é importante abandonar a ilusão de linearidade ou teleologia no itinerário terapêutico. Ainda que as pessoas caminhem em busca de saúde não é possível dizer que esse é o local onde elas irão chegar, nem mesmo, avaliar se elas estão ou não vinculadas num serviço de saúde adequado ou realizando práticas de cuidado efetivas. Todos esses arranjos são temporários, e sempre chegará uma nova crise, uma nova indicação de profissional ou uma nova medicação que irá transformar a trajetória que até então estava sendo desenvolvida.

É nesse sentido que Canguilhem (2009) afirma que, se mudam as condições em que um determinado comportamento foi forjado, outras possibilidades devem surgir e serem adotadas pela pessoa. Continuar a seguir uma norma que já não se mostra adequada é um exemplo de patologia, já que outras normas superiores em relação à vida podem ser encontradas. Viver, portanto, é sempre se relacionar com o mundo onde se está inserido, e se este se altera, o comportamento também deverá ser alterado.

A crise aparece como a grande perturbação à norma e à trajetória da pessoa com transtorno mental, assim, a crise muitas vezes altera o itinerário terapêutico que vinha sendo desenvolvido. Estamos entendendo ao longo desse trabalho crise como uma situação aguda de sintomas, sendo que é justamente um primeiro episódio de crise que costuma disparar o IT. A maioria das pessoas com transtorno mental podem ter crises periódicas e o tempo de duração da estabilidade alcançada pelo tratamento varia de acordo com fatores como idade, emoções, dificuldades da vida diária, tipo de transtorno, uso de medicamentos e outros. Cada pessoa manifesta de forma própria os sintomas agudos e a previsibilidade do aparecimento da crise, bem como sua duração são um desafio para as ciências que tratam do transtorno mental. Uma nova crise pode levar ao abandono de determinada prática terapêutica, ao engajamento em outra. Se isto vale para o tratamento biomédico, vale também para a religião e para as práticas corporais, onde entrevistados afirmaram ter trocado de confissão religiosa ou ter abandonado a atividade física na situação de crise. Nesse momento de agravamento dos sintomas, a pessoa e seus familiares buscam alternativas para superar a crise e o restabelecer níveis, mesmo que mínimos, de bem estar ou estabilização.

Não é incomum estando em um Centro de Atenção Psicossocial, ouvir a equipe relatando situações em que os usuários que estão em acompanhamento nesse local, acabam sendo atendidos em outros serviços de saúde em momentos de crise e tem seus arranjos terapêuticos alterados, como a troca de medicamentos ou quando são encaminhados para internação psiquiátrica sem que haja comunicação ao serviço de referência.

Todavia, não é possível saber se a mudança terapêutica foi uma ação da pessoa e de sua família, nem mesmo se havia um objetivo *a priori* a ser alcançado ou, se ela apenas foi levada pelas circunstâncias, arrastada de um cuidador para outro. Ao reconstituir o itinerário terapêutico, a pessoa o faz como narrativa dos lugares e serviços por onde passou e já atribui a ele significado e linearidade, fazendo uma avaliação do percurso à luz do presente, onde as perdas e ganhos do tratamento são vistas desde o

momento atual e não da situação que disparou aquela forma terapêutica (ALVES, 2015). Infelizmente, esse é um obstáculo que todo pesquisador que trabalha com IT já transcorrido precisa enfrentar, por isso, a necessidade de reafirmar o caráter processual da trajetória em busca de cuidados.

Durante a nossa pesquisa identificamos quatro fatores principais que desencadearam a alteração no rumo do itinerário terapêutico, sendo eles: a) Encaminhamentos, que ocorrem principalmente na biomedicina, onde o itinerário é alterado a pedido dos profissionais de saúde que indicam um novo caminho a seguir; b) Custo da doença, também está diretamente relacionada com a biomedicina e normalmente ocorre quando um tratamento particular é abandonado e procura-se o Sistema Único de Saúde para atendimento; c) Interações Sociais provocam mudanças nas três esferas de cuidado (biomedicina, práticas corporais e religião), onde destaca-se a ação dos familiares no momento da escolha de uma opção terapêutica; e d) Ocasionalidades em que incidentes inesperados e aleatórios podem mudar o itinerário terapêutico, em especial, no sentido de uma opção de cuidado ser abandonada.

Nos próximos itens detalharemos cada uma dessas categorias de mudança de trajetória do itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de transtorno mental.

Encaminhamentos

Os encaminhamentos aparecem o tempo todo na fala dos nossos entrevistados, o que demonstra o grande número de locais por onde eles passaram em busca de cuidados e de como esse procedimento se tornou usual dentro da sua rotina.

“Eu passei pelo pronto-socorro [...] e dali me deram encaminhamento para o [hospital psiquiátrico] de novo. Fiquei mais 40 dias.” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Então eu fui no médico com a minha mãe né, minha mãe falou para o médico lá da unidade de saúde o que eu estava fazendo. Tipo ele encaminhou, ele fez uma ficha de acompanhamento, encaminhamento para o CAPS. Ai eles avaliaram a situação e disseram que a situação era de CAPS” (Cícero, 19 anos, desempregado).

“Foi porque eu parei no hospital e lá do hospital eles queriam me internar e não estavam conseguindo me internar, daí eles acharam o CAPS.” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

“Eu senti que eu não estava bem, daí passei pelo clínico e o clínico recomendou que eu fosse procurar um psiquiatra” (Pilar, 54 anos, serviços gerais).

“Eu fui no Pronto-atendimento, porque me deu uma crise muito forte de choro e uma confusão mental sabe? e daí eles, daí o doutor lá achou melhor me encaminhar para cá [CAPS]” (Tereza, 48 anos, do lar).

Podemos notar que não há uma direção única acerca dos encaminhamentos: ele pode ocorrer de um generalista para um especialista (clínico geral-psiquiatra), da atenção básica para os serviços especializados (UBS-CAPS), da alta complexidade para a média (Hospital-CAPS) ou dos serviços de emergência para o serviço especializado (UPA-CAPS). Mesmo diante dessas encruzilhadas, de uma maneira geral, os encaminhamentos parecem direcionar os doentes para os serviços especializados (CAPS e psiquiatra).

No caso dos nossos entrevistados, os encaminhamentos acontecem frequentemente dentro da própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse tipo de procedimento, Delifini e Reis (2012) defendem que o encaminhamento pode acontecer de duas formas: como uma forma de compartilhar ou como uma forma de passar a responsabilidade. O encaminhamento como uma forma de compartilhamento de responsabilidade ocorre quando um serviço aciona outro pedindo ajuda para um caso específico. Nesse caso, informações e saberes são compartilhados e decisões são tomadas conjuntamente, sendo que a atuação dos serviços impede que o usuário se perca na rede (DELIFINI e REIS, 2012).

Adélia é um exemplo desse tipo de encaminhamento. Ela recebe um primeiro atendimento em uma Unidade Básica de Saúde e, diante da necessidade de um especialista, a própria UBS marca a consulta com o neurologista e toma providências para que ela possa comparecer:

“Eu estava no posto de saúde [...] eu estava em pânico lá, em pânico, pânico bastante... daí eles me deram medicação... na mesma semana eles ligaram, não sei como que o posto fez, até hoje não sei, me encaminharam para [o hospital] onde antigamente eu tinha trabalhado como atendente de enfermagem, fui para lá com um neuro[logista]. Eu achei tão rápido” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

O outro tipo de encaminhamento – passar a responsabilidade – é aquele em que a pessoa procura ajuda em um serviço de saúde que não é adequado para tratar aquele tipo de caso em específico, então o serviço indica qual é o local correto onde a pessoa deve procurar atendimento. Esse encaminhamento pode ocorrer sem nenhum tipo de

contato entre os serviços, cabendo ao usuário fazer o próprio caminho, batendo na porta do próximo serviço com uma “*cartinha*” em mãos que diz que ali é o seu lugar.

“Aí foi onde eu fui no postinho, conversei com a médica, ela me deu encaminhamento, do postinho para o CAPS AD. O CAPS AD falou o teu problema não é droga, como você está limpo da droga, o teu problema é mental, então eu vou te passar para o CAPS mental. Foi onde o coordenador do CAPS AD me passou para cá, aí daqui foi onde eu comecei o tratamento e estou até hoje” (Daniel, 33 anos, diarista).

Aqui cabe perguntar se encaminhar as pessoas de um serviço para outro, tantas vezes, serve a busca do melhor atendimento possível ou é uma demonstração de que a rede de atenção está desarticulada? A maior parte da população é leiga ao que diz respeito aos serviços de saúde e ao SUS, portanto, é esperado que uma pessoa que procura ajuda diante de uma situação-problema⁶¹ não saiba exatamente qual é o local adequado para fazer isso. Passar a pessoa adiante, sem uma escuta qualificada do problema ou sem uma orientação, pode provocar o encerramento ou abandono de um itinerário terapêutico ao invés de levar a pessoa ao lugar correto.

No que se refere aos encaminhamentos e a frequência em que estes são empregados, observamos a hegemonia da biomedicina, em especial da psiquiatria. Em certa medida, é a psiquiatria que define quem é a população alvo em saúde mental, quais são os serviços que devem ser ofertados para essa demanda e até mesmo qual o fluxo que deverá ser seguido para receber atendimento.

O município de Colombo, local da pesquisa, possui um documento intitulado *Protocolo de Saúde Mental* (PREFEITURA DE COLOMBO, 2011), que tem como objetivo orientar o atendimento a pessoa com transtorno mental e pessoas dependentes de álcool e outras drogas. O documento estabelece o fluxograma que disciplina o atendimento visando melhorar “a capacidade de solução e propicia uma otimização da utilização dos recursos existentes, quer sejam públicos ou da comunidade, proporcionando maior integralidade e resolutividade” (p. 8). A pessoa entra no fluxo para ser atendida no Centro de Atenção Psicossocial para Transtorno Mental, segundo o protocolo de saúde mental, pela Unidade Básica de Saúde, pelo Ambulatório de Saúde Mental, pelo Hospital Psiquiátrico, pelo CAPS Alcool e Drogas ou pelas notificações de tentativa de suicídio, onde o serviço faz busca ativa.

⁶¹ Segundo Alves (2006), a enfermidade é uma situação-problema quando todas as receitas cotidianas que uma pessoa tem para lidar com um problema não funcionam e ela precisa procurar novas formas de lidar com o adoecimento, que ainda não fazem parte do seu estoque de conhecimento.

Todos esses locais têm possibilidade de encaminhar pacientes para o CAPS, que avalia se estes têm “perfil CAPS”, ou seja, se atendem ao critério de ter um transtorno mental grave. Se a resposta for afirmativa, a pessoa é incluída nos atendimentos do CAPS; se a resposta for negativa, ela pode ser encaminhada para outro serviço, como o ambulatório.

Se continuarmos seguindo o caminho da pessoa que foi aceita para tratamento no CAPS, ela tem três portas para sair do serviço: a) alta por abandono; b) alta a pedido do usuário e c) alta por melhora. Nas duas primeiras formas a pessoa é desligada da Rede e o prontuário vai para o “arquivo morto”. Na alta por melhora, a pessoa é encaminhada para outro serviço, como o ambulatório de saúde mental ou as unidades básicas de saúde.

Não sabemos se os profissionais têm esse protocolo como norteador no momento dos seus encaminhamentos. Todavia, vimos esses mesmos procedimentos se repetirem várias e várias vezes, entre os entrevistados, nas observações e nos fazeres burocráticos dentro do serviço. Nesse sentido, o caminho em busca de cuidados terapêuticos que deveria ser singular para cada sujeito, conforme a legislação vigente que estabelece um Projeto Terapêutico Singular, acaba por seguir fluxos pré-determinados mecanicamente quando estes adentram nos espaços da biomedicina.

Nos perguntamos então por que uma pessoa atende à demanda de um profissional para se mover de um serviço para outro? A confiança no encaminhamento feito por um profissional da saúde vem não da fé nesse profissional especificamente, mas sim do sistema perito que ela representa. Por sistemas peritos Giddens (1991, p. 30) compreende

sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. A maioria das pessoas leigas consulta “profissionais” — advogados, arquitetos, médicos etc., — apenas de modo periódico ou irregular. Mas os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influencia muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua.

Ainda que não recorra a um sistema perito com frequência, como a medicina, o doente quando o faz, parte da premissa de que esses sistemas geralmente funcionam como se espera que eles o façam, que seria possível então confiar neles. Confiança é aqui entendida como “crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na

probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)” (GIDDENS, 1991, p. 36).

Giddens (1991) complementa dizendo que no tipo de sociedade que vivemos atualmente é impossível optar por sair completamente dos sistemas peritos, já que o conhecimento perito acaba por criar ou reproduzir o universo dos eventos onde ele está inserido. Assim, se antigamente um doente poderia ignorar os conselhos de uma feiticeira ou um sacerdote e continuar levando a sua vida, com o desenvolvimento da cultura científica e da biomedicina é quase impossível, na sociedade contemporânea, que uma pessoa vivenciando uma doença, não acabe passando por algum profissional médico em busca de ajuda.

Custo da doença

Durante nossas entrevistas, destacou-se a maneira como os participantes traziam a questão financeira à tona e a relacionavam com o atendimento para o transtorno mental, mostrando que era uma questão que os preocupava. O uso de dinheiro é um fenômeno típico das sociedades modernas como a nossa, e faz a mediação entre a pessoa e algo que ela deseja.

O dinheiro interpõe, entre o homem e os seus desejos, uma instância de mediação, um mecanismo facilitador. E porque, quando ele é alcançado, inúmeras outras coisas tomam-se alcançáveis, cresce a ilusão de que todo o resto seria mais fácil de alcançar que antes (SIMMEL, 1998, p. 12).

Todavia, se de um lado o dinheiro torna possível a conexão entre a posse e o proprietário, de outro lado, como bem nos lembra Simmel (1998), o dinheiro também pode separá-los. Na saúde, se considerarmos a rede particular, por exemplo, os atendimentos para o transtorno mental podem ter um custo muito alto e as pessoas podem desistir do tratamento diante da dificuldade de arcar com o custo financeiro:

“Fiquei internada 30 dias fechada e fiquei mais 30 dias no semiaberto, para ir para casa para dormir e voltava durante o dia para fazer o tratamento. Daí eles acharam melhor me mandar pelo SUS né, porque eu estava pagando uma diária muito cara para ficar no Hospital-dia. Aí eles me encaminharam, me deram documento me encaminhando para o CAPS” (Betânia, 36 anos, química).

“Ela [a psicóloga] começou a me atender, só que depois, eu lembro que ela cobrava e aí meu pai, na época, ele achou que não precisava, que era desperdício e aí parou” (Helena, 20 anos, estudante).

Em pesquisa com usuários de CAPS, realizada por Cardoso, Oliveira e Piani (2016), os resultados evidenciaram um quadro muito parecido com esse que os entrevistados retrataram. Naquele estudo, usuários relataram terem recorrido aos serviços particulares de saúde, em um primeiro episódio do transtorno mental, especialmente às consultas com médico psiquiatra, mas depois acabaram por procurar os serviços de saúde da rede pública para dar continuidade ao tratamento.

Voltando as entrevistas, o processo descrito por Helena pode ser considerado uma não adesão ao tratamento. São muitos os fatores que levam uma pessoa a aderir ou não a uma terapêutica de saúde proposta entre eles: aspectos relacionados ao paciente, ao tratamento e a própria doença, fatores socioeconômicos, o funcionamento dos serviços e locais que prestam cuidados (GUSMÃO; MION, 2006). No caso de Helena, foram os fatores socioeconômicos da família que contribuíram para a não adesão ao tratamento, diante da impossibilidade de arcar com os custos.

Aderir ao tratamento diz respeito às atitudes desempenhadas pelos sujeitos para colocar em prática as indicações dos profissionais biomédicos, que envolvem desde o uso de medicamentos até mudanças no estilo de vida:

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION, 2006, p. 24).

Isso posto, está claro que não são apenas os aspectos socioeconômicos que interferem na adesão ao tratamento, mas, esse fator parece se destacar em alguns quadros diagnósticos específicos. Pesquisas sobre o tema mostram que o alto custo do tratamento fez 89% dos hipertensos relatarem baixa adesão ao tratamento e pessoas com tuberculose abandonaram o atendimento médico em função de desemprego e custo das passagens e alimentação para ir até o hospital (uma vez que o tratamento para essa doença é disponibilizado gratuitamente) (GUSMÃO; MION, 2006; MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

Nesses casos podemos ver que existe uma falta de engajamento em cumprir as prescrições médicas, de modo que o tratamento é abandonado frente a obstáculos que talvez seriam contornados se a doença enfrentada fosse outra. Nos perguntamos então: o que une os transtornos mentais, a tuberculose e a hipertensão? A resposta parece ser o estigma. A loucura e a tuberculose sempre foram vistas pela sociedade como doenças de grupos periféricos específicos, tidos como de natureza mais fraca e menos valorosos (como vimos no capítulo 1); já a hipertensão pode também ser encarada desde a perspectiva do estigma uma vez que a pessoa que possui esse diagnóstico pode ser responsabilizada pela sua condição, porque não tem os cuidados necessários com a sua saúde, tornando-se uma culpa individual, tal qual a loucura.

Se a doença diagnosticada já coloca a pessoa numa situação de estigma, desvalorização social e discriminação, por que essa pessoa ainda vai gastar seu tempo e dinheiro para reforçar esse diagnóstico? Não frequentar um serviço de saúde ou profissional biomédico e não tomar medicação, podem ser medidas adotadas pela pessoa para manter sua doença em segredo, para não dar visibilidade ao transtorno, mantendo assim a sua identidade social perante o seu grupo e comunidade.

No caso específico dos transtornos do espectro da esquizofrenia, estudos da área mostram que até 50% dos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso. Entre as causas para essa não aderência estão os fatores socioeconômicos, bem como a qualidade da relação médico-doente, falta de compreensão do enfermo sobre a sua condição, falta de apoio social, aspectos psicológicos, físicos e religiosos e eventos adversos ao tratamento que abordaremos no final deste capítulo (SILVA et. al., 2012).

Para compreender melhor como se dá esse processo, vamos acompanhar os relatos de Betânia e Kevin que explicam porque eles abandonaram os serviços particulares de saúde e procuraram o SUS. Eles também avaliam a experiência que estão tendo nos serviços de saúde públicos:

“O médico achou melhor porque que nem ele falou: ‘a tua doença é caso de aposentadoria, para você ficar aqui pagando as diárias de 220 reais por dia é muito caro, então vou fazer uma folha para você que você pode ser tratada no SUS’. Eu não conhecia o CAPS assim, como que era tratado no CAPS nem nada... achava que não tinha esse tipo de tratamento [...] Daí eu fui, dei entrada lá [no CAPS], fui acolhida por eles lá, aí eu vi que era um tratamento semelhante ao que eu tinha lá [no hospital-dia]” (Betânia, 36 anos, química).

“O meu irmão que ficou sabendo que tinha CAPS [...] mesmo porque o tratamento estava sendo caro para fazer. Daí ele conseguiu o tratamento no CAPS. Agora eu pego o remédio de graça, tem o tratamento com psiquiatra,

com psicólogo de graça e tudo, tem todo suporte” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

O tratamento nos serviços públicos traz não só medicamentos, profissionais e terapêuticas, mas também conhecimento sobre o transtorno mental, assim, permitindo-lhes caminhar na direção de diminuir a auto-estigmatização. Além disso, o atendimento no CAPS proporciona também um grupo para dividir o peso de carregar um diagnóstico psiquiátrico, assim, cria-se uma comunidade em que não é preciso ter vergonha da sua situação.

Muitas vezes, o diagnóstico de transtorno mental pode trazer consequências para a vida da pessoa não só no que diz respeito ao seu bem-estar, mas também consequências sociais e financeiras, como o afastamento do trabalho ou mesmo a demissão. Esses desdobramentos podem também atingir o grupo social, onde um membro da família pode precisar trocar ou abandonar o trabalho para providenciar o cuidado do doente ou passar a arcar com todas as despesas domésticas.

“Daí depois que eu fiquei desempregada, procurei a unidade de saúde e eles me encaminharam para o CAPS” (Lorena, 39 anos, vigilante).

“Daí me levou para o pronto-socorro, porque nessa época o meu marido já tinha saído do emprego onde eles tinham dado o plano de saúde, então foi no pronto socorro” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

Segundo Giddens (1991, p.) “o dinheiro permite a troca de qualquer coisa por qualquer coisa, a despeito dos bens envolvidos partilharem quaisquer qualidades substantivas em comum”, assim, o dinheiro que entra para uma família num mês precisa ser dividido nos gastos com alimentação, habitação, educação, deslocamento e quando sobra, uma parte dele é destinada a saúde, com pagamentos de planos de atendimento privado. Existe então uma trinca que funciona bem na percepção dos entrevistados: emprego-plano de saúde-atendimento, mas assim que o primeiro item é retirado da lista, os outros dois acabam caindo por terra.

Todavia, ainda que o alto custo de um tratamento em saúde mental possa fazer com que certas opções de cuidado precisem ser abandonadas, a falta de dinheiro não foi um impedimento para que as pessoas conseguissem atendimento para a sua doença, como vimos nos relatos de Lorena e Vilma. Ao não conseguirem dar continuidade ao tratamento nos serviços particulares de saúde, os participantes acionaram o SUS, muitas vezes com indicação dos próprios profissionais que faziam o atendimento pago.

Ainda assim, chama a atenção o fato de que as opções terapêuticas para o transtorno mental, que eram pagas, terem sido abandonadas, ainda que nenhuma solução gratuita tivesse sido arquitetada no momento do desligamento. Criou-se então um hiato de abandono e desamparo no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de transtorno mental em função do dinheiro, mas que quando acionamos histórias sobre outras doenças, essa situação parece não se repetir. São notórias as histórias de pessoas que venderam casas para pagar cirurgias, rifaram carro para bancar tratamento de câncer, que têm parcelas para saldar até o final da vida para quitar tratamentos médicos, importaram drogas experimentais ainda não aprovadas no Brasil a altos custos ou até mesmo, a existência de um mercado ilegal de comércio de órgãos para transplante, que mostram como cuidar da saúde é um motivo mais que plausível para se gastar dinheiro.

Por que esse quadro não se repete em relação ao transtorno mental? Podemos elencar duas respostas provisórias: 1) a loucura não causa uma ameaça iminente à vida (mesmo nos casos de suicídio, numa avaliação feita pela família, pode parecer que existem menos chances de a pessoa se matar do que morrer por um tumor que não é enfrentado), e assim, abandonar o tratamento para o transtorno mental não é se colocar em perigo; e 2) o transtorno mental ainda não tem um *status* consolidado de doença para o senso comum, dessa maneira, se a pessoa nem tem certeza de que o que está enfrentado é realmente um problema de saúde, não parece ser maléfico interromper um tratamento, ainda mais se este for oneroso para a família e fonte de vergonha para a pessoa. Portanto, se Simmel (1998) afirma que o dinheiro é a medida para todas as coisas, quando se trata de doenças, nem todas valem o mesmo.

Dentro do contexto do transtorno mental, abandonar o tratamento é um risco aceitável. É possível chegar a essa conclusão, partindo das premissas de Giddens (1991), diante do entrelaçamento entre risco e segurança: a experiência de segurança surge de uma situação na qual um conjunto específico de perigos está neutralizado ou diminuído. Assim, através da reflexividade, a pessoa com transtorno mental avalia a sua situação e não se entende em perigo imediato, e suas ações futuras são desenvolvidas a partir dessa avaliação.

Para Giddens (1991, p. 39) “a reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter”. Sendo esse um fenômeno que é realizado em todos os aspectos da vida, assim também o é na doença, no uso de medicamentos, na adesão a uma terapêutica ou

no abandono do tratamento. Nosso argumento então, é de que a pessoa que abandona o tratamento para o transtorno mental em função do custo deste ou troca os profissionais pagos por um atendimento gratuito no sistema público, não o faz por não se preocupar com a saúde, mas sim que essa decisão é informada e tomada após um período de reflexão. Todavia, se ainda choca os profissionais de saúde o desleixo que eles veem num abandono de tratamento, é que para o doente, muitos outros aspectos da vida são pesados nas decisões, para além das categorias biomédicas.

Interações sociais

Rabelo, Alves e Souza (1999) demonstram a importância que familiares, vizinhos, parentes e amigos têm na forma como uma situação-problema é percebida e definida pela pessoa e seu grupo social. É comum que as pessoas que interagem com o doente sejam as primeiras a identificar algo de errado, avisando aos familiares que se trata de uma situação merecedora de maior atenção, bem como, costumam atuar nas situações de emergência e na administração da doença no cotidiano.

Nos trechos abaixo podemos ver como as interações sociais desempenharam um papel em relação ao itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de transtorno mental:

“O meu sobrinho saiu e foi comigo. Ele também achou estranho porque, ele achou estranho tudo que eu estava falando, não tinha nada a ver com a realidade assim... depois ele até comentou com meu irmão que não tinha nada a ver com a realidade o que eu estava falando, que talvez eu estava com algum problema. Daí o meu irmão também achou isso, que eu não estava falando coisa com coisa [...] aí ele percebeu... Mas foi depois de uma semana, umas duas semanas, que ninguém tinha dinheiro para pagar o psiquiatra né, mas ele arranhou o dinheiro lá e aí eu fui diagnosticado” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

“O meu marido que me deu um estalo assim: ‘vai procurar um médico porque você está parecendo uma zumbi’. Eu andava com o olho todo roxo porque eu não dormia. Aí ele disse: ‘vai procurar um médico, vai procurar ajuda, porque você está precisando de ajuda’” (Olga, 53 anos, confeitira).

“Os amigos faziam tratamento e foram mais legais para mim, para amparar eu, que já faziam tratamento e me convidaram para fazer o tratamento e eu me senti bem” (Edson, 55 anos, pedreiro).

Os depoimentos acima têm em comum o fato de que os sintomas do problema de saúde foram primeiramente percebidos por outras pessoas que não o doente. O sobrinho de Kevin percebeu o comportamento bizarro do tio que ouvia vozes e alertou os

familiares para que o encaminhassem para tratamento; no caso de Olga, foi o marido que ajudou a identificar que a insônia que estava tendo não era algo “normal”; com Edson, foram os amigos que já haviam passado por tratamento em saúde mental que o alertaram que ele poderia estar precisando de ajuda.

Se as interações sociais podem disparar o início do itinerário terapêutico, elas também podem agir para modificá-lo:

“Eu fui internado forçado [...] Foram meus familiares, não sei se foi meu pai ou meu irmão, acho que foi meu irmão que geralmente era ele que via essas situações” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

“Ele [o médico] ia me mandar para o [hospital psiquiátrico] [...] meu filho falou para ele: ‘não, eu não vou levar ela, ela fazia CAPS’. Daí o médico disse: ‘então você leva ela no CAPS’. Foi que ele me trouxe aqui para o CAPS e eu voltei a fazer CAPS novamente” (Noemi, 59 anos, salgadeira).

Quando um transtorno mental se manifesta, é comum que pais, cônjuges, irmãos, parentes e mesmo vizinhos mobilizem-se em torno do evento, procurando soluções (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). Assim aconteceu com os familiares de Marcos e Noemi, que tomaram decisões em relação ao cuidado que estes receberiam. O irmão de Marcos optou pela internação psiquiátrica, enquanto o filho de Noemi não concordou com essa opção e propôs um atendimento no CAPS no lugar da hospitalização.

Nas interações face a face, os participantes tomam decisões e atitudes sucessivas em relações aos outros, fazendo com que esse seja um processo fluído durante o seu desenvolvimento. Nessa interação, as pessoas também desempenham papéis ou ainda ocupam um *status*, e as atitudes e decisões são tomadas a partir destes (STRAUSS, 1999).

Em nossa investigação, um dos *status* atribuídos pelos familiares à pessoa com transtorno mental é o de louco. Neste caso, os familiares decidem o que fazer, qual o melhor caminho a tomar. Levando em conta o caráter processual dessas relações, a decisão tomada também pode mudar de acordo com os novos acontecimentos. Assim, uma família que em algum momento decidiu internar seu membro com transtorno mental, em outra situação pode escolher um tratamento em liberdade. Outras vezes, ainda que família e a pessoa com transtorno mental tenham acordado anteriormente por um atendimento no CAPS, diante de uma crise, a família pode optar pela internação psiquiátrica, ainda que contra a vontade do doente. Destaca-se então a forma como a interação entre familiares, doente e loucura é sempre dinâmica e vai se transformando

no decorrer do desenvolvimento da doença e a família tem sempre papel determinante nas decisões de tratamento.

Além dos familiares e amigos, nossa pesquisa também mostrou que os colegas de trabalho podem alterar a trajetória do itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de transtorno mental:

“Eles me internaram, [...] um responsável da [empresa]. Porque eles falaram assim que eu estava ficando louca... daí eles perguntaram mais para alguém... que eu fiquei na ambulância. Quando eu fui ver eles estavam me levando lá para o Hospital” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).

“Trabalhava numa escola, lá eu cuidava das crianças [...] quando eles ficaram sabendo... eu tentei várias vezes... eu peguei a faca e tentei me matar lá no colégio, aí eles vieram e já me levaram para o psiquiatra, já chamaram a minha família, todos... fizeram toda aquela comoção para me ajudar” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

No caso de Vilma e Juliana, os colegas de trabalho (em especial, os empregadores) acharam necessário intervir e acionar um serviço de saúde, já que elas tiveram crises no ambiente em que trabalhavam. Vilma começou a ouvir vozes vindas do equipamento em que estava limpando e a interagir com ele, isto foi percebido pelos colegas e pelo supervisor, que chamaram uma ambulância para atendê-la. No caso de Juliana, a tentativa de suicídio na escola em que trabalhava, levou seus patrões a incentivá-la a começar um tratamento em saúde mental.

Podemos compreender o processo pelo qual as interações sociais afetam o itinerário terapêutico a partir do pensamento de Schutz (2012). Para o autor, as pessoas não estão na mesma situação no mundo, assim, se eu estou “aqui” e uma outra pessoa está “lá”, nós não vemos o fenômeno de uma mesma posição, bem como, experienciamos aspectos diferentes dele, por isso é possível que um familiar ou colega de trabalho consiga ver os sintomas do transtorno mental se manifestando, enquanto a própria pessoa não significa a situação dessa forma.

Outro fator importante é que a situação biograficamente determinada de uma pessoa e a do seu semelhante diferem pelo menos em alguma extensão, haja vista as diferentes experiências por que passaram e que estão alocadas em seu estoque de conhecimento (SCHUTZ, 2012). Isso posto, é possível compreender, por exemplo, quando os amigos direcionam Edson a fazer tratamento para depressão, pois eles já haviam passado por serviços de saúde e esta era uma opção presente no seu campo de

possibilidade, e que até então não era uma possibilidade cogitada por Edson, que não havia passado por essa experiência.

Ocasionalidades

Durante nossas entrevistas percebemos que vários incidentes com a pessoa ou com alguém de sua família, fez com que ela se engajasse em um novo atendimento ou abandonasse um tratamento em curso. O acaso é, portanto, o último fator que tratamos aqui.

Adélia está caminhando pela rua quando acontece um assalto próximo de onde ela está, alguém é baleado, ela passa mal diante do ocorrido e desmaia. Um desconhecido que estava passando pelo local leva Adélia até a Unidade Básica de Saúde para que ela receba atendimento em função do desmaio, mas os profissionais veem mais que isso, enxergam também os primeiros sintomas de um transtorno mental e esse pequeno episódio dá início a carreira moral de Adélia como doente.

“Porque o rapaz morreu na minha frente... o piá morreu na minha frente... eu desmaiada no meio da rua, uma pessoa estranha pegar eu e levar eu lá... podia ser outro bandido... me levar lá no posto” (Adélia, 53 anos, cozinheira).

O caso de Daniel já apareceu algumas vezes ao longo desse trabalho, em especial, os atendimentos que ele recebe em função do uso de drogas. É justamente durante um tratamento desse tipo, uma internação de longa permanência em uma comunidade terapêutica, que a irmã de Daniel engravida e a família precisa se reorganizar para auxiliar na gravidez e no cuidado com a criança. Essa novidade na dinâmica familiar leva Daniel a abandonar o tratamento que estava fazendo:

“Eu tive que sair para a clínica porque a minha irmã engravidou, aí a minha mãe falou assim: ‘eu não sei como eu vou fazer para vir te ver porque a situação está crítica lá em casa’, e eu falei: ‘eu vou embora para ajudar você a cuidar dela’” (Daniel, 33 anos, diarista).

No caso de Glória, a ocasionalidade também acontece com alguém da sua família e altera seu itinerário terapêutico. Glória havia sido encaminhada para uma internação de longa duração em um hospital psiquiátrico em função de uma crise que

ela preferiu não detalhar, mas teve que abandonar o tratamento porque sua filha quebrou a perna e necessitava de cuidados.

“Eu não pude fazer meu tratamento completo naquela época porque é assim: era de 6 meses a 1 ano, eu fiquei apenas 20 dias, porque minha filha quebrou a perna e precisava de alguém para cuidar dela, daí eu tive alta concedida... consentida” (Glória, 46 anos, do lar).

Nosso último caso a ser analisado nesse item é o de Marcos. O rapaz entra em crise e é levado para um pronto-socorro pela família. Relutante em receber atendimento para a saúde mental, Marcos entra em uma discussão com a recepcionista do serviço, essa discussão vira um confronto físico e depois uma briga generalizada com a participação de dois guardas municipais que estavam no local e com os reforços chamados por eles posteriormente. Na briga, Marcos se machuca e ao invés de receber atendimento para o transtorno mental, acaba sendo encaminhado para um hospital geral para ter o joelho operado.

“Até no surto eu fui parar no 24 horas [...] de lá eu me envolvi em uma discussão com a recepcionista. Da recepcionista eu saí e briguei com dois guardas, desmaiei dois guardas municipais que tinham lá... veio mais 10, quebraram o meu joelho e foi quando eu fui internado né. Eu fui para o [hospital] e tudo. Passou uns dias depois, me deu mais uma crise e eu fui internado” (Marcos, 41 anos, auxiliar de radiologia).

Mas nesse caso, a história continua, pois como não recebeu atendimento para a crise no hospital onde estava internado para cuidar do joelho, os sintomas foram piorando. Quando recebe alta do hospital geral, Marcos entra em crise novamente e dessa vez é encaminhado para uma internação em um hospital psiquiátrico.

Todos os episódios aqui destacados são o que Schutz (2012) chama de situação, tal seja, um momento singular de tomada de decisões. Essa noção é importante porque toda ação humana afeta os objetos, as pessoas e os eventos do mundo externo da pessoa e, em contrapartida, a pessoa também é afetada pelas condições do mundo em que ela habita, criando-se assim um laço sujeito-mundo inexorável.

Ao entrar em uma situação, a pessoa traz com ela todos os seus desejos, seus significados, suas intenções, seu conhecimento, suas expectativas e suas experiências prévias. Nesse momento presente, o que já foi vivido e o plano do que se espera viver também se destacam; passado e futuro entram em cena. É isso que faz com que um

episódio qualquer no curso da vida, se transforme em uma situação biograficamente determinada.

Num olhar que não se demora, decidir engajar-se em um tratamento ou abandoná-lo, pode parecer uma simples decisão pragmática, mas nunca é, pois cada ação humana está impregnada de significados. Dizer não a uma internação psiquiátrica, por exemplo, pode falar das experiências passadas de internamento que levam a pessoa a avaliar que este não é o momento para repeti-lo, pode falar do sistema de relevância da pessoa onde existem outras situações que são mais urgentes para lidar agora, ou mesmo pode falar dos planos para o futuro, que um período no hospital psiquiátrico poderia atrasar, mas pode também falar de tudo isso ao mesmo tempo. Só será possível descobrir os significados imbricados na ação de uma pessoa ao escrutinar essa ação, assim, desenvolvemos essa pesquisa no intuito de investigar as experiências de cuidado para o transtorno mental para apreender as conexões de sentido que as pessoas desenvolvem no seu itinerário terapêutico. A generalização desse tipo de dado é sempre problemática, mas ainda assim, representa um conteúdo importante para os serviços de saúde reconhecerem nos seus planos de adesão ao tratamento por parte dos seus usuários.

6 TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS: OS AGENCIAMENTOS DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Nos capítulos anteriores apresentamos o itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, o que nos permitiu conhecer os recursos que elas usam, a circulação que ocorre pela rede de atenção à saúde, bem como, as opções de cuidado que são acionadas além da biomedicina. Todavia, a abordagem até agora utilizada privilegiou os aspectos comuns encontrados, o que não permite compreender a singularidade dos percursos. Dedicaremos este último capítulo a descrição e análise da trajetória individual desenvolvidas por seis participantes da pesquisa, cujo itinerário terapêutico compila as principais características apresentadas nesta tese sobre a experiência de doença e as opções de cuidado.

Olhando apenas as linhas gerais do itinerário terapêutico não foi possível ver a vida, os encontros, as conexões de sentido presentes nessas trajetórias, que faz com que cada uma delas seja única, pois as experiências das pessoas também são únicas. Para poder visualizar essas conexões de sentido agenciadas nas ações dos sujeitos foi preciso adotar uma postura epistemológica que dá atenção à diversidade do real (LAHIRE, 2002) e permite identificar que há pluralidade nas lógicas de ação, diferentes processos de socialização e reflexividade nas ações.

Como não se vive em um único contexto social e cada pessoa está sempre circulando por diferentes espaços como escola, igreja, trabalho, clube esportivo, local de arte, mundo político, etc., isso faz com que as experiências não sejam sistematicamente coerentes:

Uma vez que o ator foi colocado, simultânea ou sucessivamente, dentro de uma pluralidade de mundos sociais não homogêneos, às vezes até contraditórios, ou dentro de universos sociais relativamente coerentes mas que apresentam, em certos aspectos, contradições, então trata-se de um ator com o estoque de esquemas de ação ou hábitos não homogêneos, não unificados, e com práticas consequentemente heterogêneas (e até contraditórias) que variam segundo o contexto social no qual será levado a evoluir (LAHIRE, 2002, p. 31).

Essas práticas heterogêneas estão presentes também no cuidado com a doença, fazendo com que tanto as ações terapêuticas como as interpretações da enfermidade sejam distintas para o doente dependendo do contexto em que ele estiver inserido naquele momento. Cada um desses mundos sociais agencia significados, comportamentos, objetos, práticas, locais à pessoa doente para resolver seu problema,

sendo que podem até conduzir a ações contraditórias, uma vez que o contexto opera sobre as visões de mundo particulares.

Assim apresentaremos as trajetórias de Helena, Ivone, Kevin, Lorena, Olga e Tereza, buscando identificar os agenciamentos que ocorrem no itinerário terapêutico bem como os sentidos dos diferentes mundos sociais que se apresentam na trajetória de cada um deles, para reconstruir a experiência de adoecimento.

6.1 HELENA: LUTANDO CONTRA OS MONSTROS E CONTRA A INTERNAÇÃO

No momento da entrevista, Helena tinha 20 anos e estava sendo atendida no CAPS há 2 meses. Ela é solteira e voltou a morar com a mãe depois de ter trancado o curso de ciências sociais e não desejar continuar residindo na cidade onde fazia faculdade. A entrevista foi bastante longa e descontraída, o que permitiu coletar os dados relativos ao itinerário terapêutico e, também, as reflexões da jovem sobre a sua situação.

Helena recebeu seu primeiro diagnóstico psiquiátrico aos 15 anos, mas antes disso ela já tinha passado por todo tipo de sintomas e de tentativas terapêuticas. Aos seis anos ela já frequentava a sua primeira psicóloga, e nesse momento as lembranças de Helena se misturam com os relatos que ouviu da mãe que falam de uma menina que tinha visões perturbadoras, pesadelos, falava sozinha, se machucava constantemente (cortes e queimaduras) e tinha dificuldade de interagir com outras crianças, preferindo ficar sozinha. A sugestão de procurar um profissional⁶² veio da escola que desejava uma avaliação para que Helena “*pulasse*” de turma, mas que se preocupava com o isolamento da menina.

Depois de um curto período de tempo em atendimento, a psicóloga foi dispensada porque o pai de Helena achava que era um desperdício pagar as sessões, bem como, a família não acreditava que se tratava de um problema de ordem espiritual e não de saúde. A família de Helena é bastante religiosa, em especial, seus parentes por parte de mãe de quem ela é mais próxima, sendo que a maioria dos seus familiares são

⁶² Num primeiro momento em que são reconhecidos os sintomas do transtorno mental, nem sempre as pessoas envolvidas sabem do que se trata esse problema, assim, ao mesmo tempo em que existe uma indicação de procurar um serviço biomédico não se sabe exatamente qual seria o “especialista” para o caso. Nesse contexto, é muito utilizado o termo “profissional” de uma maneira genérica para se referir a todos as categorias que compõem o atendimento a saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, etc.

evangélicos e seu irmão é pastor, mas alguns tios maternos são católicos praticantes. Tendo muito interesse nas questões espirituais e “*místicas*”, Helena viveu e vive experiências contraditórias em função do duplo pertencimento religioso, ainda que ela se identifique enquanto evangélica.

A parte da família católica apelava às benzedeiras para tentar encontrar ajuda para Helena. Uma de suas tias exercia essa função e envolvia a menina, na época com 10 ou 11 anos, em seus rituais. Helena relembra como o local era organizado para a prática com o altar, a água benta, as plantas medicinais e as rezas. A tia acredita que Helena tem o dom para ser benzeadeira e continuamente a aborda sobre essa possibilidade, mas acaba sendo sempre refutada. Tendo caráter sagrado e sendo ligado ao catolicismo popular, o benzimento tem como objetivo curar os males do corpo e do espírito (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2015), o que está de acordo com a compreensão de doença que os familiares de Helena tinham sobre o mal que a afligia.

Na igreja evangélica, Helena já participou de rituais de cura, sendo que não tem certeza sobre a veracidade dos mesmos e a capacidade destes rituais em ajudá-la. No tipo específico de ritual vivenciado por ela, o pastor tem como objetivo fazer o fiel “*cair*” (desmaiado ou não) porque essa seria uma demonstração do poder de Deus. Nas vivências de Helena já aconteceu de o pastor tentar manipular o seu comportamento apertando sua cabeça e empurrando para que ela caísse, o que ela viu com desconfiança, porém já houve vezes em que ela “apagou” e depois não conseguia se recordar do que aconteceu depois. Para que uma experiência de cura baseada na religião funcione, é preciso que as crenças sejam compartilhadas entre o curador, o doente e o grupo social (LÉVI-STRAUSS, 2012), assim, a desconfiança de Helena sobre o ritual provoca uma ruptura em sua experiência, onde por um lado ela acredita no poder espiritual da religião e da fé, e por isso, continua frequentando esse espaço, mas por outro lado, não vê resultados positivos para o seu caso.

Outra experiência que Helena teve, junto à igreja evangélica foi o atendimento com um parapsicólogo. Nessas sessões, o parapsicólogo tentava ajudá-la com os sonhos e pesadelos que ela tinha, elucidando os significados destes. Helena relata que não conseguia entender as proposições do parapsicólogo e por isso abandonou o tratamento depois de quatro sessões.

Os sonhos são centrais para a experiência de doença de Helena, pois foram os primeiros sintomas a aparecer e que a acompanham até hoje. Normalmente, o sonho contém algum tipo de ameaça como monstros, zumbis e outras criaturas. Para a família

de Helena, os sonhos eram codificados como premonições, ressaltando novamente o caráter mágico e espiritual que a doença tem para eles. Helena não concorda de todo com a posição da família, apesar de não afastar essa possibilidade. Então ela encontrou um modo próprio de lidar com os pesadelos desenhando, classificando e catalogando-os em diários. É possível dizer que ela tem uma coleção dos seus monstros, que são desenhados para que ela possa vê-los e encará-los, e que são classificados para descobrir os pontos fracos e se tornarem menos ameaçadores. São catalogados também, porque muitos sonhos se repetem, e assim ela pode saber quando um personagem retorna.

“Eu tenho medo dos zumbis! Hoje não tanto, mas eu tinha pavor de zumbi e aí eu comecei a analisar, comecei a analisar e comecei a perceber que os zumbis começaram aparecer nesse período que eu estava muito inerte nos sonhos e aí eu mesmo falei para mim ‘zumbis aparecem porquê? zumbis são mortos vivos e eu tenho medo de estar nessa inércia, então é algo que eu não quero ser, por isso que eu sonho com eles’ aí eu parei de sonhar.” (Helena, 20 anos, estudante).

Dos seis aos quinze anos, o itinerário terapêutico de Helena ficou centrado nas formas espirituais decuidado, mas uma crise muito forte a fez procurar os serviços de saúde. Helena já se machucava desde a infância. Aos quinze anos a automutilação⁶³ estava mais intensa e ela havia tentado o suicídio, porém, foi uma crise de pânico que a levou ao tratamento médico. Ela relata que sempre buscou esconder os sintomas dos familiares para evitar que eles sofressem, mas nesse momento de crise ela pediu ajuda a mãe que já havia dado provas de que “*estava ao seu lado*” quando ela havia se assumido lésbica há alguns anos antes. Pesquisas de Itinerário Terapêutico mostram que a família é o principal *locus* de cuidado de uma pessoa com transtorno mental, onde são traçadas as estratégias e feita a tomada de decisão (RABELO, 1999; RABELO, ALVES e SOUZA, 1999; YAO *et al* 2009)), assim, ao acionar a mãe, a trajetória de Helena é modificada.

Em plena crise de pânico, que tem como característica a manifestação de sintomas físicos e o sentimento de morte iminente⁶⁴, Helena e sua mãe procuraram

⁶³ Destacamos que Helena falou se forma muito aberta sobre os seus rituais de automutilação (técnicas usadas, áreas preferidas, cuidados pós-corte) e de como, por exemplo, escondeu as cicatrizes dos cortes nos braços com uma tatuagem, mas quando utilizei a palavra “automutilação” na entrevista ela se encolheu, como se um arripio tivesse percorrido o seu corpo, e pediu que essa palavra não fosse mais usada.

⁶⁴ Alguns dos sintomas de um ataque de pânico são: Sensação de estar fora da realidade; Dormência e formigamento nas mãos, nos pés ou no rosto; Palpitações, ritmo cardíaco acelerado e taquicardia; Sudorese; Tremores; Dificuldade para respirar, falta de ar e sufocamento; Hiperventilação; Calafrios; Ondas de calor; Náusea; entre outros.

ajuda no pronto-socorro da cidade e ficaram seis horas esperando na recepção, sem que ela fosse atendida. Elas desistiram do atendimento e resolveram ir para casa, sendo que no caminho para o terminal de ônibus encontraram uma clínica popular, e a mãe de Helena decidiu entrar. Neste local ela foi atendida por uma psiquiatra e saiu de lá com uma receita de “antidepressivo” e “antipsicótico”. Helena se referiu a medicação exatamente dessa forma, e está sempre atenta ao que lhe é prescrito, e ao efeito que o remédio causa em seu organismo.

Hoje Helena está com 20 anos e já passou por diagnósticos de depressão, ansiedade, bipolaridade, transtorno maníaco-depressivo e esquizofrenia, sendo que ela concorda apenas com o último. Todavia, causa estranheza em quem conhece Helena acreditar que ela seja diagnosticada com um transtorno tão severo, já que ela fazia desfiles de miss quando era pequena, com 6 anos já queria ser arqueóloga, organizou o jornal da escola (ainda que tenha perdido dois anos porque não conseguia permanecer em sala de aula), passou em dois vestibulares, cursou ciências sociais em uma universidade pública e conseguiu um estágio em um núcleo de pesquisa logo no início do curso. Helena fala sobre o estranhamento que o seu diagnóstico causa nas pessoas:

“No caso de esquizofrenia que eu tenho, ela não me deixa, ela não me faz entrar no estado de loucura total, às vezes eu não tenho consciência, mas ao mesmo tempo eu tenho consciência e é mais complicado ver isso e diagnosticar isso porque é algo que não é expansivo, não tá no imaginário das pessoas, então é mais fácil olhar para mim e dizer ‘não você é uma menina saudável e não sei o que, tudo bem’ e é complicado” (Helena, 20 anos, estudante).

Quando passou em dois vestibulares ao concluir o ensino médio, Helena optou por trocar de cidade para ir viver com a namorada (e com a família dela). O psiquiatra que a atendia fez todos os procedimentos para que ela continuasse a receber cuidados para o transtorno mental e a encaminhou para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em sua nova cidade, onde recebia atendimento interdisciplinar. Todavia, a rotina que cumpria na universidade, com aulas e estágios que a faziam acordar às 5h30 e só retornar para casa à meia noite, o relacionamento com a namorada que foi se tornando abusivo, e o preconceito que a família da namorada tinha com o diagnóstico psiquiátrico (que até fez Helena abandonar a medicação), acabaram gerando uma crise. Sua mãe foi buscá-la para que ela retornasse a morar com os familiares.

Helena voltou para casa numa situação bastante delicada, tanto em relação ao seu estado mental como no seu estado físico (apresentou quadro com anemia, infecção e

perda de peso), e a mãe começou uma odisseia em busca de ajuda. Os sintomas físicos foram mais fáceis de tratar, mas para a saúde mental, a mãe de Helena foi, primeiro a UBS onde disseram que não poderiam ajudar, depois foi ao CRAS onde disseram a mesma coisa, mas aí informaram que o CAPS poderia atender. Entretanto, a equipe do CRAS não poderia fazer essa comunicação porque eram de áreas diferentes (saúde e assistência social). Sabendo então que precisava de um encaminhamento, a mãe levou Helena até o pronto-socorro onde conseguiu a “*cartinha*”, e depois seguiram até o CAPS. No momento da entrevista, Helena estava sendo atendida no CAPS há apenas 2 meses. Helena só chega a este serviço especializado em saúde mental 14 anos após os primeiros sintomas e 5 anos após o diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

Helena está consciente da sua situação, consegue usar seu estoque de conhecimento (SCHUTZ, 2012) para lidar com a doença, e até pelos dois anos que estudou ciências sociais, consegue perceber o lugar do louco na sociedade e todos os aspectos que envolvem ter um diagnóstico de transtorno mental. Sabendo então que uma cura não é possível, sua grande meta é não passar por uma internação psiquiátrica e para conseguir tal feito ela vai desenvolvendo suas próprias estratégias:

“O objetivo desde sempre é melhorar e não ficar rodando ali no meio, de tentar entender e aí ter autocontrole, querendo ou não é o objetivo [...] algumas semanas atrás eu tive uma crise muito forte porque eu fiquei sem medicamento [...] aí eu me machuquei e passou uma semana e depois a minha mãe viu, depois de uma semana, duas semanas a minha mãe viu e ela ficou tipo ‘de quando é isso?’, e eu falei assim ‘umas duas semanas’, e ela ‘e como eu não vi?’, e eu ‘não sei’, e ela ‘mas porque você não me contou? não me chamou?’, eu cheguei até falar para ela ‘por incrível que pareça, pode parecer assustador para ti, mas para mim é uma melhora, porque são menos cortes, são menos profundos e demoraram para acontecer de novo, pode parecer desesperador para você, mas para mim, mesmo pouco é muito, então eu tô tranquila com isso’, eu tenho que ser realista, de dizer eu vou parar de uma hora para outra, porque eu já disse isso e não deu certo, mas de entender que dá para ir aos poucos, aos poucos” (Helena, 20 anos, estudante).

Helena com certeza está muito longe do “louco” que está nas representações sociais e se cairmos na armadilha de considerá-la não tão louca ou menos louca, ela mesma nos chama de volta, mostrando o quanto a doença atravessa a sua vida e os efeitos negativos desta para ela e a família. Em momento algum, Helena negou o seu diagnóstico psiquiátrico, ainda que tenha sua própria interpretação dele permeada pelos aspectos espirituais que vem de suas experiências prévias.

Se o conhecimento de Helena sobre a sua situação não diminui os estragos provocados pela doença, ao menos, faz com que ela consiga conviver com a situação, eliminando todo o sofrimento que a não aceitação dos sintomas traz. Helena abraça seus monstros, coexiste com eles, interage com eles e é só dessa forma que pode enfrentá-los; aí eles já não são tão assustadores. Se ela consegue encarar os monstros, ela consegue encarar o tratamento, um comprimido de cada vez, uma terapia de cada vez. Assim, sua grande preocupação atual é se ela volta para as ciências sociais ou se presta vestibular para artes.

6.2 IVONE: QUANDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL FUNCIONA

Ivone tem 52 anos, é casada e trabalhou a vida toda em lojas de roupas, onde foi subindo na hierarquia de postos de trabalho, até chegar ao cargo de gerente. No momento da entrevista Ivone estava sendo atendida no CAPS há 4 meses e buscava se ajustar a essa forma de cuidado.

A história da doença de Ivone perpassa 15 anos e por isso foi muito difícil reconstituí-la cronologicamente. As adversidades enfrentadas por ela começam em 2003 com um câncer de ovário (em que passou por cirurgia e quimioterapia) e o primeiro diagnóstico de depressão; em 2006 fez uma cirurgia para retirada do útero que estava com miomas; a isso se soma a sobrecarga no trabalho como gerente de uma loja de shopping, as dores da fibromialgia, ser responsável por cuidar da neta e da mãe com Alzheimer e uma traição do marido. Em 2015 a situação se agrava, o câncer de ovário retorna e em um intervalo curto de tempo ela vivencia a morte de um cunhado, um irmão e da mãe. Nesse processo, ela foi diagnosticada como tendo um transtorno mental pelo médico que a acompanhava pelo plano de saúde, estava fazendo uso de medicamentos e recentemente tinha começado a frequentar uma psicóloga voluntária que atendia na sua igreja evangélica.

A dificuldade de Ivone de relatar sua experiência de forma ordenada ocorre porque a doença atravessa toda a sua vida, não é apenas um problema de saúde:

O aparecimento dos sintomas, bem como as mudanças no corpo e na mente, os ajustamentos ou desequilíbrios sociais que lhes seguem, envolvem simultaneamente uma alteração na situação de vida da pessoa e nas suas relações sociais, integrando a doença nos outros tempos da vida cotidiana, que se seguem ao desencadear a crise: o trabalho, as sociabilidades, a família, a cultura (NETO; ALVES, 2012, p.115).

Apesar de estar recebendo atenção para sua saúde mental, o quadro de Ivone não melhorou e a junção dos sintomas psíquicos (cansaço, medo, falta de prazer nas atividades diárias) com os físicos (advindos da fibromialgia e dos procedimentos cirúrgicos em função do câncer) levaram a uma tentativa de suicídio em 2015.

“Eu tomei um vidro inteirinho de Clonazepam porque eu estava com muita dor, tanto doía as pernas, os braços, a cabeça, o estômago, doía tudo, daí eu não sabia o que fazer com tanta dor, eu queria uma coisa que sumisse a dor e eu acabei tomando um vidro de Clonazepam inteiro e daí o que que aconteceu? fui parar no hospital” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

A trajetória de Ivone muda quando uma agente comunitária de saúde (ACS) faz uma visita em sua casa em 2018. Com a intervenção da ACS, Ivone foi atendida na Unidade Básica de Saúde e depois encaminhada para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. Tanto os serviços pertencentes a Atenção Básica, como a UBS e o ACS, como o serviço especializado em saúde mental (CAPS), fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial que visa ofertar cuidados as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

“A moça que faz aquela agente de saúde que vai nas casas visitar, ela foi umas vezes na minha casa e me encontrou em uma situação bem difícil, eu sozinha chorando e sem saber o que fazer... que eu não tinha para quem eu desabafar, dizer o que eu estava sentindo, o quanto eu me desgastei, o quanto eu estava sofrendo e foi aí que ela disse que ia me encaminhar para cá e que aqui eu ia ser bem acolhida, eu ia ter pessoas, profissionais bem competentes para poder me ajudar” (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Somado ao atendimento no CAPS, Ivone encontrou refúgio também em um Centro de Convivência perto de onde mora. No município em questão não existe este tipo de centro voltado especificamente para a população com demandas em saúde mental, então a estratégia utilizada é frequentar os Centros de Convivência destinados à população idosa, conforme o arranjo feito pelos profissionais da prefeitura. Nesse local, Ivone faz *yoga*, que na sua compreensão ajuda tanto com o transtorno mental como com a fibromialgia.

“Eu participo também, perto da minha casa, tem um Centro de Convivência, então a minha irmã frequenta lá, então eu vou na quarta-feira que tem yoga daí eu vou. [...] cheguei lá e já sabia o nome da coordenadora, daí ela me recebeu, fez tudo que tinha que fazer daí, ela explicou para mim ‘você fica aqui como voluntária que você não tem idade para participar ainda, é para

idosos, você não tem idade para participar então você fica como voluntária mas pode vir a hora que quiser, nós estamos aqui'. Que nem hoje, hoje tem teatro, mas como eu venho aqui então teatro eu tô perdendo né" (Ivone, 52 anos, gerente geral).

O tratamento de Ivone na Rede de Atenção Psicossocial é recente, apenas quatro meses no momento da entrevista, mas chama atenção o fato de como ela se inteirou das possibilidades de atendimento e foi potencializando o cuidado recebido. Naquele momento em que falamos com ela, Ivone fazia o tratamento medicamentoso, frequentava o CAPS e o Centro de Convivência e ainda era atendida pela psicóloga na sua igreja, pois gostava das sessões individuais de psicoterapia bem como do vínculo que tinha com aquela profissional. As diferentes opções terapêuticas que Ivone aciona fazem sentido para ela, uma vez que a experiência de aflição é sempre subjetiva e singular, como afirma Langdon (2001), sendo influenciada por fatores sociais, culturais e psicológicos e das negociações de interpretações feitas a partir destes fatores em prol do processo terapêutico.

A biomedicina é a marca recorrente no itinerário de Ivone. Ela segue com um tratamento baseado em psiquiatria-medicação-psicoterapia por mais de uma década sem que tenha tido uma melhora significativa, pelo contrário, ela percebe um declínio do seu quadro mental nesse período. Sem procurar outra forma de cuidado por conta própria, quando outro caminho lhe é oferecido, esse é novamente biomédico e ela aceita uma vez mais. Como compreender essa aposta única de tratamento de Ivone? Como já vimos no capítulo 3, a biomedicina tem a hegemonia no campo das explicações e terapêuticas dos transtornos mentais, assim, ela tem poder de centralizar todas as ações de cuidado das pessoas para lidar com a sua enfermidade (FOUCAULT, 2010; LUZ, SABINO e MATTOS, 2013). Nesse sentido, o atendimento iniciado por Ivone no CAPS apresenta muito pouca diferença daqueles que ela anteriormente passou, mas ainda assim, ela se encontra esperançosa em melhorar.

6.3 KEVIN: AS CONEXÕES ENTRE A RELIGIOSIDADE E A DOENÇA

No momento da entrevista, Kevin tinha 26 anos e já estava sendo atendido no CAPS há 2 anos e 6 meses. Em função do adoecimento, ele havia largado o emprego e aproveitou o momento para voltar a estudar. O jovem começa o seu relato contando como foi pego de surpresa pela doença, com o início súbito e agudo dos sintomas, e de

como não esperava ter um transtorno mental. Num primeiro momento, pode parecer estranho Kevin usar o verbo “*esperar*”, afinal, ninguém espera ter um transtorno mental, mas acompanhando a sua história descobrimos que para ele a doença tem um aspecto espiritual, assim ele não esperava, pois achava que seu comportamento religioso o protegeria desse mal.

No primeiro “*surto*”, Kevin tinha 21 anos e estava trabalhando como auxiliar de produção quando começou a ouvir vozes:

“O rádio que estava lá no serviço começou a falar comigo assim, eu pensava que estava falando comigo e falando que eu tinha direito a um prêmio, aí eu pensei ‘ah, vou jogar na megassena’ fui lá e joguei na megassena e não deu nada” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

A explicação encontrada por Kevin naquele momento para os sintomas foi que alguém tinha feito uma “*macumba*” para ele, já que na sua experiência o que poderia justificar os fenômenos anormais que ele estava enfrentando era algo da ordem espiritual. Assim, a solução encontrada para resolver o problema era procurar um local que pudesse desfazer esse trabalho. Todavia, a família de Kevin tinha uma explicação diferente para a sua situação, entendendo que esse era um problema médico, juntou dinheiro por algumas semanas para conseguir levá-lo em uma clínica psiquiátrica.

Na segunda consulta psiquiátrica veio o veredicto: Kevin tinha esquizofrenia e precisava tomar remédios psiquiátricos. Ele, entretanto, não concordava com o diagnóstico, haja vista que não compreendia sua situação como um problema de saúde. Achava que o psiquiatra e sua família tinham inventado essa doença e se recusava a tomar a medicação prescrita.

A compreensão da origem espiritual do problema vinha de seu vínculo com uma igreja evangélica, o que leva Kevin a interpretar a doença como tendo um lado físico ou biológico, mas também espiritual. O lado espiritual é explicado pela exterioridade da doença em relação à pessoa, como sendo algo que se “encosta” e começar a guiar a sua vida, por isso não se deve “*aceitar*” a doença. Os grupos neopentecostais muitas vezes compartilham a compreensão de que a doença é algo externo a pessoa, algo que invade, uma ação do mal (ALVES; RABELO, 1999).

“Como existe Deus, existe o diabo também e ele... se eu assumir isso para mim ele vai assumir que eu tenho e eu não acho legal assumir que eu tenho isso, porque igual eu disse, tem um lado espiritual, como se eu tivesse

assimilando 'isso aqui é meu', mas não é meu na verdade" (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Dessa forma, se a causa do problema é espiritual, a forma de enfrentá-lo também deve ser nessa perspectiva para Kevin. Assim, a partir do seu estoque de conhecimento e suas experiências prévias (SCHUTZ, 2012) ele desenvolve algumas estratégias de enfrentamento: frequentar a igreja, ler a bíblia e fazer orações em casa. Essas ações trazem bem-estar, mas o jovem não acredita que seu quadro tenha melhorado desde que começou com este cuidado religioso.

"Só crer em Deus assim que ele faz tudo, ele faz o resto. Eu leio muito a palavra, eu creio muito na Bíblia que diz 'o resto das coisas serão acrescentadas, crê em mim para o resto das coisas serão acrescentadas' e é bem simples, só crer e acreditar, não que eu esteja passando por um problema hoje que eu vou pensar 'não, Deus não está comigo' muito pelo contrário" (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

Com o tempo, e depois de uma segunda crise, a sua relação com a psiquiatria foi pacificada; então ele começou o tratamento medicamentoso e atualmente chega até afirmar *"ter medo de parar de tomar o remédio"*. Como a família não tinha uma situação financeira confortável, o irmão de Kevin começou a procurar lugares gratuitos para ele fazer o tratamento e descobriu o CAPS, sendo que o serviço foi procurado pelos próprios familiares, sem nenhum encaminhamento como aconteceu com a maioria dos entrevistados. Kevin diz preferir o tratamento no CAPS ao tratamento com psiquiatra. Segundo ele, o CAPS com seu caráter interdisciplinar, permite que ele tenha acesso a atendimento psicológico que o instiga a se manifestar, interagir e elaborar suas ideias, atividades em que ele considera ter dificuldades em realizar.

Além da prática religiosa e do tratamento biomédico, Kevin também desenvolve várias estratégias para enfrentar a doença: faz atividades físicas e exercícios de respiração, joga basquete, faz passeios, visita seus amigos e familiares, desenha, sai para fotografar carros antigos e tenta se forçar em atividades em que não fica confortável, como manter uma conversa ou pegar um ônibus. Esse exercício contínuo que desenvolve para não se acostumar com a doença faz com que tenha planos detalhados para o futuro, o que não costuma acontecer com os pacientes de doenças crônicas devido a ruptura biográfica causadas pela enfermidade (BURY, 2011).

"Eu tenho planos. Eu estou estudando, estou terminando o ensino médio agora, fim de maio termino o ensino médio e tenho plano de fazer Belas

Artes. É que eu gosto de desenhar, eu gosto de desenho e eu queria fazer alguma coisa relacionada a isso para tentar, não ganhar dinheiro porque dinheiro não tem como ganhar na arte, mas pintar, pintar por hobby ou trabalhar fazendo algum serviço assim, mas eu quero aprender mais sobre desenho” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).

É curiosa a separação presente na experiência de Kevin expressa na forte presença tanto da visão de mundo religiosa quanto da visão de mundo biomédica, o que dificulta que ele apresente uma narrativa coerente para sua experiência de doença. Ao mesmo tempo em que ele acredita poder se curar, já que em sua igreja ouviu testemunhos de melhora e cura, ainda assim não consegue se imaginar sem os medicamentos e mesmo no futuro se vê fazendo tratamento para o transtorno mental. Curar-se, para ele, significa não precisar da medicação, mas ficar sem a medicação lhe causa pânico, e assim Kevin vai tentando dar significado para essas vivências tão conflitantes.

A compreensão religiosa da doença acontece em muitos grupos sociais e isso implica estratégias próprias de enfrentamento, como rituais, orações e poções. Também, normalmente implica que uma cura é possível (RABELO, 1999). Todavia, com uma doença crônica como é o transtorno mental, é muito difícil manter-se operando apenas dentro do quadro de referência religioso, então a pessoa acaba chegando aos serviços de saúde, que possuem uma compreensão distinta da doença. Estar nesses dois sistemas de interpretação simultaneamente pode ser confuso, principalmente se a pessoa compartimentalizar as duas estruturas, e agir hora por uma e hora por outra, como Kevin faz.

Outra opção possível seria colocar a religião e a biomedicina para negociarem, arranjo que vimos em alguns participantes dessa pesquisa, onde a biomedicina sempre aparece como central no enfrentamento da doença e a religião como um cuidado complementar. Para Kevin, no entanto, essa não é uma alternativa válida, haja vista a importância que a religiosidade tem em sua vida. Dessa forma, ele segue experienciando esses dois mundos distintos sem integrá-los. Da biomedicina recebe cuidado no momento atual, porém será doente o resto de sua vida. Da religião ele recebe o conforto pela compreensão que esta oferece sobre a origem da doença – uma mal exterior –, mas que no limite pode culpabilizá-lo pela fraqueza de sua fé, que permitiu o mal entrar em sua vida. Nesse ponto há possibilidade de cura no horizonte, contudo isso depende do fortalecimento da fé.

6.4 LORENA: MUDANÇAS DE VIDA

No momento da entrevista, Lorena estava com 39 anos e sendo acompanhada no CAPS há 2 anos. Outras informações pessoais que podemos citar é que ela é casada, tem dois filhos e atualmente se identifica como sendo evangélica. Já conhecíamos Lorena antes de entrevistá-la, por um dos grupos de escuta que acompanhamos, onde ela se mostrou bastante agressiva nas relações interpessoais, o que não se repetiu em nosso encontro, apesar de ter evitado responder algumas questões ou aprofundar alguns assuntos.

Como já vimos no capítulo 3, vários dos participantes dessa pesquisa indicaram que um dos fatores que ajudou a desencadear a crise psíquica foi o ambiente de trabalho. Lorena está entre essas pessoas, sendo que a sua primeira crise acontece justamente no seu emprego. Todavia, para entender essa história é preciso retroceder um pouco.

Lorena, na época tinha 35 anos, desejava trabalhar como vigilante em uma empresa bastante conhecida na pequena cidade onde morava. Para conseguir chegar a esse posto, fez um planejamento e o colocou em prática: procurou primeiro, uma posição na empresa como auxiliar de serviços gerais, e uma vez empregada, foi investigando quem eram os chefes dos setores e para quem deveria mandar currículos para subir de cargo, conseguiu agendar uma entrevista, fez treinamentos e finalmente chegou ao posto de vigilante que almejava.

Ao começar a desempenhar a função de vigilante, Lorena já se viu envolta em grande pressão, não das tarefas em si (*“fazia rondas, cuidava da cancela, da portaria”*) que ela gostava de realizar, mas da sobrecarga de trabalho que era imposta por seu chefe, que não lhe concedia a folga regulamentada. Os trabalhadores dessa área normalmente atuam em escalas de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso e Lorena chegou a fazer 12 horas de trabalho por 12 horas de descanso.

Com tanta pressão, chegaram primeiro os sintomas físicos, como alergias e reações na pele, e em seguida, a primeira crise dentro do seu local de trabalho:

“Eu entrei e começou tipo assim um aperto no coração, minha garganta parece que trancava, um calor na cabeça como se fosse perder os sentidos, um suor excessivo no rosto e palmas da mão, coisas assim e o meu coração começou a disparar e eu fui no médico e falei para médica que me atendeu, era clínica geral, eu falei para ela ‘doutora eu acho que eu tô tendo um infarto ou alguma coisa assim porque o meu coração parece que vai

explodir, tá muito apertado aqui dentro' e comecei a chorar e tive uma crise de choro desesperada" (Lorena, 39 anos, vigilante).

Nesse momento em que procurou a médica, Lorena recebeu medicação e foi mandada para casa. No dia seguinte, ao chegar para trabalhar, a crise se repetiu e a mesma médica falou para ela procurar um psiquiatra, pois estava tendo *"uma crise psicológica, não sei se a síndrome do pânico ou um transtorno de ansiedade"*. Como a cidade onde morava não tinha nenhum profissional deste tipo atuando, Lorena veio até Curitiba para ser atendida em uma Clínica Popular onde a empresa tinha convênio.

Lorena inicia o tratamento psiquiátrico, mas a situação conflituosa na empresa continua, e toda vez que ela precisa entregar um atestado para justificar uma falta em decorrência do tratamento, ela é desacreditada por seus superiores:

"O primeiro atestado que eu entreguei, o meu chefe, o meu superior, no caso, o líder da equipe, olhou para o atestado e falou para mim que pobre não tem depressão, pobre tem frescura. [...] ele falava que não acreditava naquilo ali, que eu estava inventando desculpa para não trabalhar, teve uma época que, não chegou a ser citado assim. mas sabe quando você sabe que é para você, teve uma reunião e o chefe [...] falou assim que se alguém tivesse comprando atestado ia ser mandado embora por justa causa e a única pessoa que teve problema com atestado tinha sido eu" (Lorena, 39 anos, vigilante).

Depois de todas essas situações, Lorena não conseguiu mais trabalhar, todavia as situações enfrentadas no antigo emprego ainda trazem sofrimento:

"Na verdade, às vezes eu acho que eu ainda estou lá, não sei se você consegue entender, eu não sei dizer assim, mas eu ainda tô ligada nisso daí sabe? embora eu tente fazer de tudo para sair, eu não consigo, porque eu ainda cumprio os horários, mesmo não estando lá, mesmo depois de tanto tempo, eu ainda acordo 5 horas da manhã, nos horários do almoço assim eu ainda penso na rendição dos colegas e vou seguindo na cabeça mesmo tudo aquilo lá" (Lorena, 39 anos, vigilante).

Sem emprego e precisando fazer um tratamento de saúde que não encontra na sua cidade, Lorena toma uma decisão importante: se muda para Colombo com o marido e os dois filhos. A decisão é justificada porque *"quando eu vim eu estava bem pior que eu estou agora né então eu tinha que vir mesmo porque eu precisava de um tratamento, daí todos eles vieram"*. Mas ela fala com saudades da antiga cidade e cogita algum dia retornar para ficar mais perto do restante dos familiares.

Além da cidade, a doença também provoca outra mudança significativa para Lorena: sua religião. Lorena conta que foi criada como católica pela sua família que

também segue essa doutrina e que quando começou a ter os primeiros sintomas foi em busca da igreja porque desejava se sentir bem. Nesse momento ainda não havia consciência da doença e, portanto, a busca não era por cuidado em saúde, propriamente dito. Ao frequentar a igreja católica que costumava ir, em sua cidade, Lorena não se sentiu acolhida pelos demais frequentadores e sentia que estava sendo “*julgada*”, ela passou então a frequentar uma igreja evangélica, onde encontrou uma mensagem religiosa que fazia sentido para ela.

Com a perda do emprego e ao não conseguir renovar seu auxílio-doença, sendo que o primeiro benefício foi concedido por um prazo de 6 meses, Lorena teve que abandonar o tratamento pago que fazia e passar a ser atendida pelo SUS. A inserção no sistema público se dá por meio da Unidade Básica de Saúde onde ela vai procurar ajuda e depois é encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial onde já está em atendimento há um ano e oito meses. Lorena ainda cita ter procurado ajuda na Unidade de Pronto Atendimento quando teve crises.

Em sua avaliação, Lorena consegue perceber alguma melhora no quadro desde que começou o tratamento, mas o que a incomoda é: a) o fato de não haver um estabilização da doença, então ela precisa estar sempre lidando com os altos e baixos dos sintomas; b) a grande mudança que percebe entre quem ela era antes da doença, e em quem ela é agora; e c) a falta de perspectiva para o futuro.

“[...] isso é o que mais me dói: eu vejo o meu marido falando ‘tal dia, tal coisa, tal mês, não sei o que lá, eu vou fazer isso’ e eu fico parada olhando assim e penso comigo ‘e eu?’ e não sai nada, eu não vejo nada, eu fico revivendo o passado, revivendo o passado. Às vezes eu acho que eu estou revivendo o passado porque eu não consigo viver o futuro, eu não consigo me ver amanhã, eu não consigo me ver daqui... depois que eu sair daqui a única coisa que eu sei é que eu vou ir para minha casa, que eu vou voltar deitar naquela cama, esse é o meu futuro” (Lorena, 39 anos, vigilante).

O transtorno mental atravessa a vida de Lorena de uma forma que não deixa muita coisa em pé: ela perde o emprego (e a fonte de renda), precisa mudar de cidade, afasta-se de suas relações sociais, troca de religião em busca de acolhimento, passa a se dedicar apenas ao tratamento e não tem perspectiva para o futuro. Não é possível dizer que esses acontecimentos sejam decorrentes dos sintomas, mas em seu relato percebemos como a doença é um fardo muito pesado em sua vida que acaba esmagando as experiências sociais e causando uma ruptura biográfica (BURY, 2011).

Chama muita atenção a ideia que Lorena traz de que existem duas pessoas distintas, uma antes da doença e uma outra com a doença, sendo que ela ainda não consegue vislumbrar se haverá uma terceira versão após a doença. Para pessoas com transtornos mentais crônicos, há tensões no tempo vivido, já que o passado é visto como o tempo em que eles eram normais e no presente, eles estão experienciando os sintomas e em processo de reconstruir um “novo eu” que é doente, onde o futuro muitas vezes nem pode ser imaginado (NETO e ALVES, 2012; RASIA e LAZZARETTI, 2015).

Reivindicar o tempo em que “era normal” é uma forma de relembrar as capacidades que possuía e os papéis sociais que desempenhava (NETO; ALVES, 2012), que no caso de Lorena era ser trabalhadora, mãe e esposa, que dava conta do seu emprego e do seu lar. Hoje, ao não mais realizar essas tarefas, ela precisa encontrar um outro lugar para ancorar a sua identidade. Tendo o transtorno mental, o efeito de colar os seus sintomas na personalidade e nas ações das pessoas, ocorre uma fusão, e em alguns momentos a pessoa já não consegue separar o que é dela, da sua subjetividade, e o que é da doença, tornando o cuidado do transtorno mental ainda mais desafiador.

6.5 OLGA: A POTÊNCIA DAS INTERAÇÕES SOCIAIS

Olga tinha 53 anos no momento da entrevista, estava sendo atendida há 6 meses no CAPS e já em processo de alta. Identificava-se profissionalmente como confeitadeira, mas estava trabalhando como diarista, até perder o emprego quando a patroa descobriu que ela estava em tratamento para o transtorno mental. Naquele momento ela se dedicava a cuidar do pai que tinha problemas de saúde.

A trajetória de Olga com o transtorno mental foi intensa e rápida. No início da doença há dois anos, Olga foi atendida na Unidade Básica de Saúde, com o agravamento do transtorno e uma tentativa de suicídio recebeu atenção no pronto atendimento e foi encaminhada para o CAPS. Quando da entrevista, ela estava começando os procedimentos para receber alta do serviço. Olga afirmou não saber qual era o problema de saúde que lhe afligia, mas a equipe do CAPS afirmava que ela tinha um transtorno depressivo com sintomas psicóticos.

Olga é casada e mãe de quatro filhos adultos. Seu incômodo começa com uma insônia prolongada, que a deixava com “*o olho todo roxo*” e “*parecendo um zumbi*”. Todavia, não é Olga que identifica seu problema como sendo uma doença e sim seu

marido, que pede para que ela procure ajuda. A escolha foi ir até a Unidade Básica de Saúde do seu bairro, onde passou por consulta médica e saiu com prescrição do “*genérico do Rivotril*”.

Num primeiro nível do discurso parece que a irrupção dos sintomas foi súbita e despropositada, porém, conforme a conversa se desenrola, Olga se sente à vontade para dizer o motivo que lhe tirava o sono na época: o uso de drogas de um dos seus filhos. Sendo que a melhora atual no seu quadro coincide com o fim do tratamento do filho. Ao procurar ajuda para o filho, Olga acaba encontrando ajuda para si mesma em um grupo de apoio da Pastoral da Família da Igreja Católica, do qual era obrigada a participar para que fossem liberadas as suas visitas ao filho que passava por internação em uma clínica (comunidade terapêutica), sendo necessárias três presenças no grupo em um mês para garantir uma visita.

Aprofundando no itinerário, desde o momento do diagnóstico e do início do tratamento, Olga afirma ter uma péssima relação com a medicação psiquiátrica e desde a sua primeira receita ela acreditava que o remédio estava piorando os seus sintomas ao invés de ajudar:

“[...] ao invés de fazer o efeito que eu queria, estava fazendo efeito ao contrário: eu ficava muito irritada, eu acordava durante a noite, eu tinha surto, e nesse meio tempo que estava fazendo tratamento com o clonazepam eu sentia vontade de me matar, tentativa de suicídio” (Olga, 53 anos, confeitira).

A tentativa de suicídio não foi descrita por Olga, sabemos apenas que ela foi levada desacordada para o pronto atendimento pelo marido e pelo filho e ficou em observação nesse local. Depois do pronto atendimento, ela voltou para atendimento na UBS, de onde foi encaminhada para o CAPS. Nesse caminho houve trocas e acréscimos de medicação, mas o desconforto em tomar os remédios permanece:

“Igual eu falo sempre para o meu marido, eu coloco assim o remédio na minha frente, às vezes na frente dele e falei ‘isso aqui não vai me vencer não’” (Olga, 53 anos, confeitira).

Para Olga, a doença e o seu antídoto são equivalentes, assim, para estar curada é preciso livrar-se de ambos, por isso a decisão do psiquiatra em retirar um dos três medicamentos que ela tomava a deixou muito feliz e marcou o início do processo de alta. Seu plano agora é livrar-se dos outros dois medicamentos para voltar a ter uma

“*vida normal*”. O medicamento, no caso do transtorno mental, aparece como o sinal distintivo da doença, uma marca que cotidianamente produz o doente, um operador simbólico da transformação de identidade “normal” para a de “louco” (CUNHA, 1986). Assim, quando Olga rechaça a medicação psiquiátrica, ela está tentando se afastar dessa condição de doente.

O desejo de Olga por retornar a “*vida normal*” é compreensível quando ao conhecer o seu percurso, descobrimos que ela perdeu o emprego de diarista quando a patroa descobriu que ela estava fazendo tratamento psiquiátrico. Olga também relata que perdeu alguns amigos em função da doença. Isto pode evidenciar o que observamos na literatura sobre o estigma em relação ao transtorno mental, demonstrando como o rótulo psiquiátrico pode alterar a situação social do doente (NETO e ALVES, 2012). Hoje ela ocupa seus dias fazendo artesanato, cuidando do pai doente e fazendo planos de viagem:

“Este final de semana que vou ter um final de semana de rico porque eu nunca tive, eu não sou rica, mas a gente está pagando um passeio desde o começo do ano... É amanhã essa viagem, eu estou um pouquinho ansiosa... Vamos ficar num hotel-fazenda, vamos lá fazer um monte de passeios, conhecer a baía dos golfinhos e coisas assim” (Olga, 53 anos, confeiteira).

A viagem só se tornou possível porque segundo o psiquiatra de Olga ela está “80% boa” e ela se sente “80% boa”. Assim, quando as questões familiares que estavam incomodando Olga começam a se resolver, isso tem um impacto positivo sobre o quadro clínico e ela começa a melhorar. Na compreensão da entrevistada, a melhora vem não por causa dos remédios, e sim, um pouco por causa dos atendimentos no CAPS e muito porque ela começa “*a se ajudar*”.

Apesar de a biomedicina atravessar desde o início a trajetória de Olga, percebemos que esta não ganha um lugar central, pelo contrário, muitas vezes é avaliada negativamente por ela, que não gosta de tomar a medicação nem dos efeitos colaterais que observa no seu organismo. O que Olga destaca no seu itinerário terapêutico são as pessoas que marcam o seu itinerário: o uso de drogas do filho que serve como gatilho para a enfermidade, o marido que percebe que ela precisa de ajuda, o grupo da igreja que oferece suporte, o cuidado do pai doente que lhe dá uma função após a perda do emprego e por fim, a melhora do filho. Esta última reverbera positivamente sobre a sua condição.

Com a hegemonia da biomedicina no campo da saúde mental, muitas trajetórias de cuidado acabam se concentrando nos serviços de saúde, nos profissionais biomédicos e suas práticas e na medicação. Olga também passou por todos esses agenciamentos, que podem ter contribuído para a sua alta iminente, mas o que trouxe significação e transformou o itinerário terapêutico foram as interações sociais, as mesmas que muitas vezes são descartadas pela biomedicina que centra seus esforços nos aspectos biológicos e físicos do transtorno mental.

O caso de Olga nos mostra que nem sempre o fato de estar sendo tratado pelos recursos oferecidos pela biomedicina, faz com que a pessoa assuma a valorização desta presente no imaginário social sobre a medicina. Olga, ao apontar seu conflito com o uso da medicação, aponta também os ganhos alcançados com outros recursos terapêuticos, o que nos faz pensar, mesmo sendo um caso particular, que a abordagem do transtorno mental não se esgota na psiquiatria. Há um conjunto de outras práticas que concorrem para a estabilização da pessoa. Se isto é correto, a adesão e uso de medicamentos nos transtornos mentais, não se faz sem custo subjetivo para as pessoas.

6.6 TEREZA: DAS VÁRIAS INTERNAÇÕES AO TRATAMENTO EM MEIO ABERTO

Desde que começamos a frequentar o CAPS para realizar a pesquisa, não pensávamos que a entrevista com Tereza fosse acontecer, uma vez que ela se afastava o tempo todo, além de não responder ao questionário socioeconômico aplicado ao grupo no horário do lanche. Todavia, no último dia em que realizamos as entrevistas, Tereza se voluntariou para participar. Em seu relato, ela afirma ter problema para se relacionar socialmente, o que explica seu comportamento anterior de evitação, mas que também trouxe desafios para a entrevista e para a coleta das informações sobre o itinerário terapêutico. No momento em que foi entrevistada, Tereza tinha 48 anos e estava sendo acompanhada pelo CAPS há 10 meses.

A história de Tereza com o transtorno mental começa a ser contada na infância, ainda que ela tenha muita dificuldade de ilustrá-la. A primeira lembrança remete aos 5 anos de idade em que sua mãe virou um “*macaco muito peludo*” e a abraçou com força, mas segundo Tereza, a vida humilde que sua família levava, o fato de ter dez irmãos e a falta de diálogo com os pais, fez com que nenhuma providência fosse tomada acerca desse episódio. A mesma incapacidade de diálogo e dificuldade nos relacionamentos

que ela cita em relação aos pais são características que ela também apresenta, assim, o seu relato não tem muitos detalhes bem como houve dificuldade de interação durante a entrevista.

As visões voltam com mais força quando ela tinha 18 anos, onde novamente a mãe aparece como uma ameaça, mas o pai dessa vez se apresenta como uma opção de salvação: *“eu tava no céu ou no inferno, porque dentro da minha própria casa eu comecei a sentir que a minha mãe era o diabo e meu pai era Deus”*. Dessa vez os familiares notaram que havia algo errado e o pai a levou para um hospital psiquiátrico onde ela ficou internada por bastante tempo, apesar de Tereza não conseguir identificar que período de tempo foi esse.

Depois desse primeiro episódio, a vida de Tereza foi uma sucessão de tomar medicação, sentir-se melhor, abandonar a medicação, entrar em crise, ser internada e voltar para a medicação. Ela cita pelo menos cinco instituições psiquiátricas na região metropolitana de Curitiba onde ficou internada, sendo que mais de uma vez em algumas delas.

Hospital A: *“Lá foi um momento muito triste da minha vida porque lá eu me senti assim que eu ia morar lá o resto da minha vida. Tive vários internamentos lá também.”*

Hospital B: *“Lá eu parecia que eu estava no céu, tudo era bom para mim.”*

Hospital C: *“eu fiquei lá 45 dias, mas eu sai de lá bem melhor”*

Hospital D: *“Lá eu estava mais consciente assim, eu fui para lá por contenda em casa então preferi ficar lá.”*

Hospital E: *“eu estava bem lúcida e me deram muito tratamento de choque, muito tratamento de choque”* (Tereza, 48 anos, do lar)

Podemos perceber que na avaliação de Tereza houve internações e instituições que tiveram resultados positivos e outras que não cumpriram a sua função de cuidado, bem como, que nem todas as hospitalizações foram devido a sintomas psiquiátricos, como no caso do Hospital D, em que ela foi internada depois de um conflito familiar. Destaca-se também o relato sobre o Hospital E em que Tereza recebeu eletrochoques como forma de tratamento, depois que a equipe tomou como delírio uma narrativa sobre o passado, a história do monstro peludo de seus 5 anos de idade.

“Então eu estava boa, bem lúcida, então eu contei desse episódio de quando eu tinha 5 anos que aconteceu com a minha mãe e daí o médico pensou que eu estava delirando, que eu estava muito mal e daí telefonaram para o meu pai, meu pai permitiu... Isso aí foi o que mais afetou a minha mente porque assim eu não consigo ser, assim, assimilar bem as coisas” (Tereza, 48 anos, do lar).

Como estava se sentindo lúcida, Tereza resolveu contar ao seu psiquiatra o episódio de infância que ela considera que desencadeou o transtorno mental (que já apresentamos acima), todavia, o psiquiatra se choca com o relato e entende que precisa encaminhá-la para um tratamento mais radical. Tereza não se recorda quantas vezes passou pelo procedimento de eletrochoque e sua única lembrança é de apagar e recobrar a consciência algum tempo depois.

Tereza que passou anos entrando e saindo de hospitais psiquiátricos desde a adolescência, há 17 anos não passa mais por internação, data que coincide com a aprovação da Lei 10.216 (2001) que redireciona a assistência a saúde mental no Brasil, e que rebaixa a posição do hospital psiquiátrico na hierarquia dos serviços de atenção à saúde mental. É impossível afirmar com certeza que foi a aprovação da lei que impediu a continuidade do ciclo de internações de Tereza, mas desde a sua última passagem pelo hospital psiquiátrico, ela ficou em atendimento em ambulatório de saúde mental e quando ela teve uma crise de choro e confusão mental e procurou o pronto atendimento, dessa vez ela foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial.

O CAPS aparece para Tereza como o lugar em que ela pode receber cuidados em saúde, mas também um local de socialização, pois como já mencionamos, ela tem dificuldade em interagir com outras pessoas: “[...] *eu sou antissocial, é difícil até ir na casa dos meus irmãos e tal, fico mais na minha casa quieta, se eu não vir para cá então eu fico o dia inteiro em casa*”.

É curioso ver Tereza afirmar que “*mesmo que eu sou muito fechada, eu sinto amor pelos meus amigos do CAPS*” e demonstrar esse tipo de afeto, já que ela costuma se isolar durante as atividades no serviço. Houve até um episódio singular durante uma seção do grupo de escuta, já que foi uma das únicas vezes em que ela fez uma fala nesse espaço, e foi para dizer que estava com saudades do seu *tablet* que tinha ido para o concerto, pois era a única companhia que ela tinha. O fato de ser muito “*fechada*” também é a explicação de Tereza para nunca ter trabalhado ou mesmo ter buscado um emprego.

Ainda que more no mesmo lote que o seu irmão, Tereza não parece ser muito próxima da sua família, assim, a sua vida é vivida entre os espaços do CAPS, da igreja e no seu *tablet*. No CAPS ela recebe cuidado para o transtorno mental, que ela considera efetivo, em especial a medicação que a ajuda se alimentar e dormir bem, e onde estabelece seus vínculos sociais mais significativos, ainda que para os seus colegas ela

possa parecer distante. Ela também frequenta uma igreja evangélica e entende que a oração ajuda com o transtorno mental e com as dores oriundas de uma cicatriz grande nas pernas de um episódio de queimadura na infância que ela não detalhou, sendo que essa ajuda vem mesmo que ninguém na sua igreja saiba do seu diagnóstico. Já no *tablet*, ela pode ouvir seus hinos evangélicos e acompanhar a vida das pessoas próximas pelas redes sociais, sem, no entanto, interagir com elas. Assim, em dois dos seus três mundos sociais, ela não precisa assumir que está doente.

A presença do CAPS como local privilegiado na vida das pessoas, seja para construir vínculos, seja como o único espaço que elas frequentam além das suas casas tem chamado atenção nesse trabalho. Num nível mais superficial de análise, poderíamos nos contentar com o fato de que o CAPS está cumprindo a função de inclusão social dos seus usuários, mas precisamos nos perguntar: que inclusão social é essa que só vincula ao serviço? Não que essa vinculação exclusiva seja pretendida pelo CAPS ou pela equipe que lá atua, mas porque ela é aceita como suficiente? A pessoa com transtorno mental continua apartada da sociedade, não mais pelos muros do manicômio, mas agora por vontade própria, com convivência daqueles que são próximos, passando a estar apenas onde se sentem confortáveis ou podem ter controle da situação.

Todavia, não podemos afirmar que usar essas estratégias de controle das interações sociais, como o Tablet de Tereza, faça com que a pessoa com transtorno mental tenha uma vida diminuída ou menos realizada que as outras pessoas, já que, como demonstraram Goffman (1961) e Frankl (2009), as pessoas conseguem encontrar significado para viver mesmo nas situações mais adversas e até as práticas mais simples e cotidianas estão cheias de conexões de sentido. Assim, para Tereza, sua relação mais satisfatória era com seu *tablet* e dali ela tirava momentos de alegria, por escolha própria, já que desde que parou de ser internada, ela tinha “*liberdade*” para escolher. Liberdade foi a palavra selecionada por ela para diferenciar o tratamento recebido no CAPS daquele anteriormente feito nos hospitais psiquiátricos. Poderíamos afirmar que Tereza consegue com essa expressão diferenciar claramente, as técnicas de tratamento e abordagem do transtorno mental que prevalecem nos hospitais psiquiátricos pelos quais passou, daquelas oferecidas atualmente pela Rede de Atenção Psicossocial, especialmente pelo CAPS. Resumindo, Tereza distingue as formas e os efeitos de um tratamento em meio aberto dos tratamentos realizados nos períodos de internamento asilar.

Para concluir este capítulo observamos que os agenciamentos feitos para lidar com o transtorno mental falam do lugar que a pessoa ocupa no mundo, das suas experiências prévias, dos grupos em que ela está inserida, dos conhecimentos que estão disponíveis, por isso, cada pessoa tem uma trajetória particular na busca de cuidados. Assim, ainda que duas pessoas estejam sendo atendidas no mesmo serviço de saúde, elas terão vivências distintas deste espaço.

A singularidade de cada pessoa, das relações e dos agenciamentos está presente nas equipes de atendimentos e nos projetos terapêuticos singulares, mas muitas vezes é ignorada em prol de organogramas e fluxos de encaminhamento que são decididos de forma burocrática, desconsiderando a vida das pessoas. Nesse trabalho em que buscamos conhecer as experiências de doença das pessoas com transtorno mental e os locais em que elas buscam ajuda, o questionamento que nos fica é: como considerar a vivência de cada pessoa dentro da dinâmica da rede de atenção e dos serviços de saúde? Já vimos ao longo deste trabalho que a posição contrária que seria ignorar a individualidade é impossível. O itinerário terapêutico é muito mais diverso e complexo do que a biomedicina prevê, ora se aproximando do caminho ideal, ora se afastando.

Uma resposta possível já está dentro da própria política de saúde mental no Brasil quando esta prevê que as ações de cuidado precisam ser feitas no território. Parte-se da premissa que os lugares de vida são distintos e que, portanto, os cuidados também devem ser distintos para dar conta dos aspectos sociais, culturais, históricos, políticos e relacionais que estão presentes em um determinado território (MUHL e HOLANDA, 2018). A dificuldade, entretanto, não cessa, pois, a política que prevê a consideração do território é genérica, o que não garante que cada um dos serviços faça uso dela e nem que seus efeitos cheguem a cada um dos usuários. Talvez esse seja o próximo grande desafio a ser enfrentado pela rede de atenção à saúde mental: como fazer as pontes entre o macro e o micro, como fazer dialogar a proposição geral de um sistema de saúde com todas as pessoas singulares que são atendidas nele.

CONCLUSÕES

Antes de entrarmos nas conclusões da tese propriamente dita, com os resultados da investigação, gostaria de fazer algumas considerações sobre o processo da pesquisa, como é entrar em campo e como investigar um objeto dentro da perspectiva da Sociologia da Saúde. Assim, as conclusões serão apresentadas em duas partes distintas, mas que se esclarecem mutuamente.

Fazendo uma Pesquisa de Campo em Sociologia Da Saúde

Para principiar as reflexões, a título de conclusão desse trabalho, gostaria de voltar ao momento inicial da pesquisa: a hora de entrar em campo. A pesquisa empírica, com seus diferentes métodos e técnicas, é muito conhecida da área da sociologia da saúde, e também foi aqui escolhida como forma de encontrar as respostas para o problema de pesquisa, já que para conhecer quais são caminhos de cuidados trilhados pelas pessoas com diagnóstico de transtorno mental, faz se imprescindível ouvir essas pessoas.

Todavia, há inúmeras possibilidades de locais para ouvir os participantes da pesquisa, seja em suas casas, suas comunidades ou mesmo dentro da universidade. Em nossa pesquisa, optamos que o campo fosse realizado no serviço de saúde onde essa população recebe cuidados e tratamento para o transtorno mental, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa escolha traz como facilidade para os pesquisadores, o fato de que os possíveis participantes já estão reunidos e triados em relação a uma característica específica, por exemplo, em um hospital com ala de oncologia as pessoas reunidas ali já tem diagnóstico de câncer ou em um ambulatório de transplante as pessoas estão esperando ou já passaram por esse tipo de procedimento.

Como limitação dessa escolha metodológica, apontamos o fato de que apenas os “diagnosticados” estão ligados aos serviços de saúde e poderia haver outras pessoas com a enfermidade que interessa aos pesquisadores no território, sem que tivéssemos conhecimento da sua situação. No caso específico deste estudo, em que a proposta era reconstruir através da narrativa, as experiências passadas do itinerário terapêutico, pareceu adequada a opção por procurar um serviço de atenção especializada em saúde mental para realizar as entrevistas, ainda que tenhamos perdido as trajetórias de pessoas com transtorno mental que não passaram pelo CAPS, como aquelas que foram atendidas

de maneira ambulatorial ou em hospitais psiquiátricos. Todavia, o grupo de pessoas com transtorno mental que não passou pelo CAPS deve ser pequeno, já que a Rede de Atenção Psicossocial direciona as pessoas para o serviço especializado.

Outro apontamento a ser feito é sobre o lugar do pesquisador dentro do serviço de saúde, ou melhor, o não-lugar. A presença de pesquisadores dentro desses espaços não é algo constante, já que muitos gestores não dão sua anuência para a realização de investigações em seus locais de trabalho. Quando consegue adentrar no serviço, o pesquisador passa a ser um estranho às funções e papéis que já são desempenhadas: ele não é um profissional da saúde, os trabalhadores do local não o identificam como um igual, mas entre os usuários podem creditar-lhe esse papel, essa é uma confusão comum. No meu caso, ao chegar no CAPS e ser apresentada como uma psicóloga pesquisadora, muitos das pessoas parecem ter ouvido apenas a primeira parte e me procuraram para uma “consulta” ou entenderam que a entrevista era um “atendimento clínico”. De outra perspectiva, ainda que apartado pelos profissionais, o pesquisador não está na mesma posição que os usuários do serviço, o que pude observar na minha experiência quando as pessoas ficavam desconfortáveis nos momentos em que eu me sentava junto a elas nas atividades em grupo, ou quando engatavam uma conversa comigo sem saber minha posição, e se em algum momento eu precisava explicar que não estava ali para ser atendida, elas ficavam constrangidas pelo que haviam dito antes.

Assim, por muitas vezes me pareceu muito difícil circular pelos espaços do CAPS e acabei tentando fazer isso da maneira que chamasse menos atenção para a minha presença, me adequando as demandas que apareciam: para os profissionais eu era uma assistente que poderia auxiliar nas suas tarefas (buscar um material esquecido, acompanhar alguém na recepção, passar um recado a outro profissional, etc), para os usuários eu era uma ponte com a equipe e me solicitavam para informações e para acionar outros profissionais (a demanda mais tradicional era “*Camila, estou mal, você pode ver se a psicóloga pode falar comigo?*”). Para a psiquiatra, que não estava cotidianamente no serviço, eu era a estagiária a quem ela gentilmente cedera a sala algumas vezes, e nos eventos e situação de crise, eu era “pau para toda obra” (entre as solicitações que atendi estão: montar decorações, distribuir alimentos, montar/desmontar bazar, carregar caixas e acompanhar um usuário com mobilidade reduzida durante um passeio em que ele não conseguia acompanhar o grupo).

Entre todas essas interações e atividades, também realizei as tarefas relacionadas a pesquisa, mas que o não-lugar do pesquisador também trouxe suas implicações, como

no preenchimento do formulário socioeconômico que algumas pessoas se recusaram responder, outras indagaram *“para que vocês vão usar isso?”* e outras passaram informações que se mostraram contraditórias em relação aos dados colhidos nas entrevistas. Outro viés observado foi que a confusão acerca de o pesquisador ser um profissional do serviço influenciou algumas entrevistas, em especial, participantes que desviavam das perguntas feitas e passaram o tempo todo enaltecendo o CAPS, talvez por pressuporem que era isso que eu queria ouvir ou então por medo de criticarem o serviço e essa informação chegar aos profissionais de verdade. Houve ainda outros, que focaram em falar como não poderiam receber alta, pois ainda precisavam de cuidados em saúde mental, temendo que a entrevista pudesse ser um primeiro passo para o desligamento do serviço.

Com as respostas encontradas nas entrevistas foi possível descobrir quais foram os locais e os recursos que as pessoas recorrem em busca de cuidados, como a interpretação da doença influenciou nessa escolha, como as interações sociais influenciam na experiência de doença, as rupturas biográficas e como o transtorno mental é significado por cada pessoa a partir da sua situação biográfica específica. A busca por esses dados foi feita a partir da premissa de Schutz (2012) de que objetivo de uma pesquisa em ciências sociais, dentro de uma perspectiva fenomenológica, deve ser investigar os princípios gerais de acordo com os quais a pessoa organiza sua experiência na vida cotidiana, em especial, as vivências no mundo social.

O método fenomenológico

pretende investigar a experiência vivida dos sujeitos, analisando como é que os objetos são dados diretamente a consciência, como é que é a experiência desses fenômenos. Como é que as situações, a percepção de si mesmo, do outro, o entendimento da vida social e cultural são levados a cabo pelo sujeito epistêmico. A análise fenomenológica centra-se na experiência imediata do sujeito e no modo como os objetos se presentificam diretamente a consciência (GIORGI; SOUSA, 2010, p.45).

Assim, mobilizamos o método fenomenológico para a pesquisa da experiência de doença. As pesquisas com os transtornos mentais crônicos têm uma dupla função: elas permitem compreender as vivências, as alterações e os ajustamentos feitos na identidade e nos modos de vida a partir da doença, e, também, servem para avaliar os impactos na vida das pessoas, dos grupos e das organizações sociais (NETO e ALVES, 2012). Destarte, se esta pesquisa foi feita com vinte entrevistados, ao percorrer suas trajetórias, um quadro muito maior se forma, onde podemos visualizar as relações do

doente com sua família, sua comunidade, sua igreja, seu trabalho e com os serviços de saúde.

E é justamente para os serviços de saúde que os transtornos mentais crônicos se apresentam como um grande desafio. Se estes dispositivos se dedicam a “controlar a evolução da doença, os seus sintomas e crises, por outro lado, não podem descuidar uma intervenção social com o objetivo de manter alguma qualidade de vida” (NETO e ALVES, 2012, p. 114). Neste sentido, pesquisas que se dedicam a mostrar os significados e os atravessamentos que o transtorno mental traz para a vida da pessoa podem contribuir para a operacionalização nos serviços de estratégias para minimizar e gerir os impactos da doença no cotidiano.

Construindo uma narrativa para si

Sendo o objetivo deste trabalho pesquisar o itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, recuperamos aqui a definição de Alves e Souza (1999, p. 133): “o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição”. Apresenta-se como um determinado curso de ação, composto por atos realizados que se sucedem e se sobrepõe, e que são guiados pela racionalidade, pelas emoções, pelos interesses e pelas circunstâncias.

Ao percorrer o itinerário terapêutico dos entrevistados, percebemos que mesmo na presença de elementos dissonantes e contraditórios, estes são conectados e ganham significados para que a narrativa pessoal possa ser coerente. As narrativas pessoais, estruturam a realidade, criam e recriam seus modelos de realidade e, também, fornecem os modelos de ação nas diferentes situações (LANGDON, 2001).

A narrativa é a maneira comum de falar sobre os dramas da vida, e o narrador seleciona dos eventos “reais” aquilo que os une para comunicar sua interpretação dos eventos. Os dramas sociais da vida humana geram narrativas múltiplas, segundo os atores e suas interpretações do significado dos eventos. Assim, a narrativa envolve uma sequência de eventos e uma seleção paradigmática ou metafórica para expressar um ponto de vista particular (LANGDON, 2001, p. 249).

O que a narrativa permite observar é o processo. O entrevistado se torna o sujeito da sua história e ao contá-la, resalta os pontos que mais tocam a sua experiência de vida e os aspectos mais significativos, incluindo aí as rupturas, as crises, as

resoluções, os desejos, as esperanças, que são contados em uma sequência interpretativa dos fatos. Além de ajudar a dar coerências aos fatos passados, a narrativa pessoal também fornece elementos para ordenar, entender e agir nos eventos atuais (NUNES, CASTELLANOS e BARROS, 2010; LANGDON, 2001).

Assim, nos colocamos uma questão: Quais são os recursos que as pessoas com diagnóstico de transtorno mental utilizam para encadear as experiências vividas de uma maneira que faça sentido e possibilite a construção de um eu aceitável socialmente?

Para começar a responder essa questão, precisamos voltar ao momento que muda tudo, aquele considerado o início da doença. Neto e Alves (2012) apontam como fatores explicativos para o surgimento do sofrimento experienciado: elementos hereditários, sociais, culturais, econômicos e elementos característicos da personalidade individual. Vimos que muitos fatores são citados pelos entrevistados como origem do transtorno mental, como: trabalho, relações sociais, genética, luto, violência, incidentes na infância, uso de álcool e drogas, puerpério e outras doenças.

Identificar uma causa para o transtorno mental não é somente apontar um fato, uma causalidade ou uma realidade, mas sim, fazer uma seleção. O doente escolhe entre os eventos da sua vida aquele que ele considera adequado para explicar o adoecimento, uma situação que tenha força suficiente para causar uma ruptura nos padrões cotidianos⁶⁵ de levar a vida e que justificaria o surgimento do transtorno mental. Essa causa indicada pelos entrevistados nem sempre tem respaldo biomédico, mas encontra significação na vivência do doente e se encaixa na narrativa que ele pretende contar, por isso, é eleita como o disparador do transtorno mental.

Escolher uma causa para o transtorno mental, separar uma experiência entre tantas outras para apontar *“isso aqui foi o problema”* tem ainda outra finalidade: resguardar a identidade do doente. Como já vimos no primeiro capítulo, por muito tempo considerou-se que a loucura era uma culpa individual, era o resultado das ações das pessoas que eram fracas e cediam as paixões e tentações (FOUCAULT, 2008), assim, selecionar a genética como causa do transtorno, por exemplo, é uma maneira de se preservar, de defender a sua identidade dizendo que a doença é algo externo.

Com a doença instalada, os entrevistados procuram um serviço ou profissional de saúde, onde recebem um diagnóstico psiquiátrico, que traz diferentes significações

⁶⁵ Para Schutz (2012), as pessoas levam suas vidas cotidianas de acordo com o que ele chamou de “atitude natural”: o estado mental assumido na realização espontânea e rotineira das tarefas diárias e na interpretação do mundo da vida. Essa atitude pode ser assumida porque o mundo é conhecido e a pessoa possui um estoque de conhecimento sobre ele, que diz como agir em cada situação.

intra e entre os entrevistados, onde ora eles requisitam para si a identidade de doente, ora a rejeitam, dependendo da avaliação que fazem acerca do impacto social que o rótulo psiquiátrico irá causar em uma situação biográfica específica.

O contato com a psiquiatria permite integrar, numa explicação médica, um conjunto de fatores que “desculpabilizam” o indivíduo de comportamentos socialmente avaliados como negativos – o que o senso comum classifica como preguiça aparece interpretado como sinal de doença, por exemplo. Por um lado, esta moldura “desculpabiliza” e “desresponsabiliza” o indivíduo e tem reflexos positivos na identidade. Por outro lado, é instaurado o rótulo biomédico de doente mental que desencadeia processos estigmatizantes com consequências identitárias e sociais devastadoras (NETO e ALVES, 2012, p. 116).

Assim, a interação com as categorias biomédicas também atua na construção da narrativa, haja vista, como os entrevistados se apropriam dos termos médico e dos seus “*CIDs*”. Em contextos de cuidado, “os terapeutas não só contam narrativas, mas também criam estruturas narrativas através de sua interação com os pacientes”, criando um enredo compartilhado sobre a doença, uma vez que “no decorrer da doença e de sua terapia, as pessoas estruturam suas ações e decisões de uma maneira que homologa as estruturas das narrativas contadas e que lhes permite obter uma sensação de controle da situação difícil” (LANGDON, 2001, p. 257).

Operamos sobre o mundo da vida através de “um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um ‘conhecimento a mão’, opera como um esquema de referência” (SCHUTZ, 2012, p. 84). Esse quadro formado é usado na resolução da maioria dos problemas práticos que uma pessoa encontra no seu cotidiano. Mas quando uma situação problema se apresenta, algo que não se explica pelo estoque de conhecimento existente, é preciso buscar novas receitas confiáveis para explicar e lidar com a situação e assim poder reintegrar essa experiência a zona não questionada do mundo da vida cotidiana (ALVES, RABELO e SOUZA, 1999; ALVES, 2006). Novos elementos são incorporados, para que a narrativa pessoal volte a ter sentido, como as explicações biomédicas para a doença.

Todavia, os doentes não possuem o conhecimento e os significados das categorias biomédicas, o que dá origem ao fenômeno chamado “ilusão linguística” conforme formulação de Rasia (2013) em pesquisa com transplantados hepáticos. Segundo o autor, a equipe médica fornece explicações detalhadas aos doentes utilizando termos e conceitos médicos, que os doentes acabam incorporando na sua linguagem,

mas com os quais não consegue construir uma narrativa que explique a sua situação. Assim, “o novo vocabulário não articula experiência de sofrimento e esquema interpretativo. O que se manifesta na fala não corresponde a uma atitude ou uma ação de enfrentamento da dificuldade que se apresenta” (RASIA, 2013, p. 280).

Por que então esse recurso é colocado em prática? A apropriação dos termos biomédicos e a auto referência como doentes, vêm como uma forma de validar socialmente a experiência de padecer de um transtorno mental. Recuperamos aqui o argumento de Neto e Alves (2012) que demonstram como o sofrimento e os sintomas vindos do transtorno mental confundem-se com comportamentos avaliados negativamente a luz da moral e dos valores socioculturais. Assim, para os entrevistados é melhor ser um doente que um anormal. Mas quando o diagnóstico impede que eles cumpram certos papéis sociais ou os estigmatiza, eles preferem também se afastar do rótulo de doente.

A recusa e o aceite do diagnóstico em momentos distintos demonstram o sentimento de incompreensão que os próprios doentes têm acerca do transtorno mental e da psiquiatria: Se eu estou doente por que a Psiquiatria não consegue me curar? Por que eu tomo tantos remédios e os sintomas não desaparecem? Por que o remédio não impede que eu oscile entre momentos bons e ruins? Será que o médico realmente entende o que se passa comigo?

Quando as dúvidas se instalam e a biomedicina é questionada, é que o doente passa a procurar outros recursos terapêuticos, em especial a religião, que apresenta outro modelo de doença e cura. Entre os entrevistados, alguns deles já estavam em acompanhamento psiquiátrico há algum tempo quando decidem “se apegar a Deus”, “ter fé” na sua melhora e “se ajudar”, “pedir oração ao pastor” e mesmo abandonar a medicação porque “Deus tem o poder de curar”.

Cabral e outros (2011) esclarecem que as escolhas expressam construções subjetivas, individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e tratamento, que recebem influência de diversos fatores e contextos. Estas escolhas podem mobilizar diferentes recursos, de acordo com a realidade da pessoa, como cuidados caseiros, práticas religiosas e dispositivos biomédicos, que irão constituir o percurso de cuidado desta pessoa em particular.

Com o diagnóstico feito, a família aparece como um lugar privilegiado para o desenrolar da doença, pois tanto acompanha o aparecimento e instalação dos sintomas, como também tem um papel a cumprir na interpretação da doença e em relação as

escolhas terapêuticas. A decisão de qual o cuidado é mais adequado para o transtorno mental é tomada pelos familiares, como já vimos, e eles também são chamados a tomar lugar no tratamento, em especial nos serviços de atenção psicossocial, onde a família deve acompanhar consultas e participar de reuniões.

Os entrevistados relatam receber apoio da família para lidar com os sintomas e para permanecer em tratamento médico. Todavia, essas relações não ficam livres de conflito, pois ainda que haja convivência com a loucura cotidianamente, isso não faz os familiares virarem “*especialistas*” no assunto, nem sempre eles conseguem reconhecer a crise chegando ou sabem o que fazer quando os sintomas se intensificam. No entanto, sofrem as consequências dessas crises tanto quanto os próprios doentes. Há, portanto, uma necessidade de incluir as famílias quando se planeja o cuidado às pessoas com transtorno mental, pois elas podem ser uma fonte de informação e apoio importante para o tratamento, mas só se estiverem sendo cuidadas também. O modelo de Atenção Psicossocial prevê a presença da família em suas políticas de cuidado, entretanto, não é o que observamos na prática, já que nas reuniões de família que acompanhamos nunca estavam presentes mais que duas famílias, sendo que cerca de 240 usuários são atendidos ao mês no CAPS onde a pesquisa foi realizada, e por algumas vezes a reunião foi cancelada por não haver nenhum familiar presente.

O transtorno mental, entretanto, não fica restrito a um problema de saúde ou no âmbito doméstico:

O aparecimento dos sintomas, bem como as mudanças no corpo e na mente, os ajustamentos ou desequilíbrios sociais que lhe seguem, envolvem simultaneamente uma alteração na situação de vida da pessoa e nas suas relações sociais, integrando a doença nos outros tempos da vida cotidiana, que se seguem ao desencadear da crise: o trabalho, as sociabilidades, a família, a cultura (NETO e ALVES, 2012, p. 115).

O trabalho foi o lugar da crise de Betânia e Lorena, que justamente atribuem às pressões vindas do emprego, o fator estressante que desencadeou o transtorno mental. Betânia quebrou o laboratório onde trabalhava e tentou atropelar o seu chefe. Lorena não conseguia entrar no local de trabalho sem ter uma crise de pânico e precisava procurar a enfermaria, pois achava que estava morrendo. Nesses eventos, podemos perceber como sempre há um sentido nas ações humanas (WEBER, 2001; SCHUTZ, 2012), mesmo num momento de “surto”, os sintomas e os comportamentos de Lorena e Betânia estão impregnados de significados, manifestando o seu incômodo com a

pressão sofrida. Jaspers (1973) afirma que por mais delirante que a pessoa esteja, ainda assim, é possível identificar um nexo de significados, já que o doente não pode ser reduzido às categorias e sintomas psiquiátricos.

Outras reverberações do transtorno mental sobre o trabalho, que observamos nas entrevistas, foi o afastamento do emprego para tratamento, demissão motivada por preconceito com o quadro clínico e abandono, por achar que não daria conta das tarefas. Houve também quem encontrasse dificuldade em voltar ao mercado de trabalho depois do período em que ficou afastado para tratamento médico. Para estas situações, a saída encontrada são os benefícios da assistência social, que nem sempre equivalem ao valor recebido anteriormente e que são difíceis de conseguir, segundo avaliação dos entrevistados. Por fim, a doença acaba gerando também um impacto negativo nas finanças da pessoa com transtorno mental e sua família.

A sociabilidade também não é a mesma depois do transtorno mental. Em seus estudos, Strauss (1975) demonstra como os doentes estão sempre atuando na gestão da doença. Esse gerenciamento precisa ser feito nas suas relações com os outros, consigo mesmo e nas consequências da doença, sobre a organização da vida. A finalidade desta ação é preservar as suas inserções sociais nos diferentes espaços que ocupa, e para tal, é necessário fazer a construção negociada da doença com as pessoas envolvidas e assim diminuir o efeito desorganizador que sua presença possa causar.

Em nossa pesquisa, percebemos que a gestão da doença em relação às interações sociais acontece por duas vias: o segredo e o isolamento social, que têm por finalidade proteger a identidade social da pessoa. O segredo é uma estratégia colocada em prática naquelas interações que não são tão próximas ou cotidianas e que a pessoa deseja ou precisa manter, assim, ela não conta sobre o transtorno mental para os vizinhos ou para a sua comunidade religiosa. Já o isolamento social aparece como uma forma de manter-se no controle, já que a pessoa teme pelas suas reações em ambientes desconhecidos ou tumultuados, como pegar um ônibus interurbano, ela prefere permanecer em ambientes controlados, como sua casa, e assim, aos poucos, vai se retirando das atividades, dos lugares públicos, do mundo da vida.

Essas consequências do transtorno mental descritas na família, no trabalho e nas interações sociais são o que os autores chamam de ruptura biográfica: processo pelo qual a doença causa um rompimento das estruturas de explicação e significação (BURY, 2011; CASTELLANOS, BARROS e COELHO, 2018).

As concepções sobre a sua situação, resultantes da negociação entre os sujeitos, as instituições, os profissionais e a sociedade onde vivem, permitem-nos ter acesso às tensões entre a situação de vida passada e a experimentação subjetiva do novo “eu” que se constrói em torno da situação de sofrimento vivenciada. Esta vivência do sofrimento e a atribuição do diagnóstico provocam impactos sociais com consequências nos percursos de vida que se estendem à identidade. As repercussões na evolução da doença e no seu enfrentamento são uma realidade. Sobretudo, ao nível das redes sociais que diminuem, resultado do isolamento social, mas também ao nível da grande apreensão e medo de encarar o futuro (NETO e ALVES, 2012, p. 120).

Foram relatados pelos entrevistados abalos na família, no trabalho, na educação, na vizinhança, na comunidade religiosa, nas tarefas cotidianas, nas atividades prazerosas e de lazer e nos projetos para o futuro. A capacidade de antecipar as ações e elaborar um plano para que estas se realizem (SCHUTZ, 2012) se torna uma tarefa impossível para a pessoa com transtorno mental diante da compartimentalização que existe entre passado, presente e futuro nas doenças crônicas (NETO e ALVES, 2012; RASIA e LAZZARETTI, 2015).

A ruptura biográfica ocorre porque o transtorno mental crônico impacta no autoconceito e na identidade da pessoa. Ao ter um passado “normal”, quando a doença se instala, a sensação é de que a pessoa anterior desapareceu, deixou de ser ela própria e perdeu certas competências e papéis sociais. No presente, ela não se reconhece e pode ter vergonha de sua situação, assim, a autopercepção é de que não há futuro (NETO e ALVES, 2012). Desse modo, já não há uma história coerente para se contar.

O sofrimento aparece como uma ruptura do fio narrativo (RICOUER, 1994), uma vez que os impactos do transtorno mental impactam em vários aspectos do cotidiano, sendo difícil dar continuidade a história tal qual ela estava sendo contada. Somado a isso, experiência dos sintomas causa estranheza e tudo lhe parece diferente, exótico, fantasmagórico, não havendo palavras para designar essas percepções transformadas (JASPERS, 1974).

Outro impeditivo para que essa narrativa pessoal se desenrole, é que muitos têm o poder de falar pela loucura, no lugar do doente. Foucault (2006, 2008) desenvolve o conceito de *poder psiquiátrico*, que fala do controle que a equipe biomédica pode exercer sobre as pessoas com transtorno mental, inclusive falando em nome delas, por elas. A Psiquiatria se reveste com seu poder-saber e passa a ser a possuidora da verdade sobre o transtorno mental, sobre os meios de tratá-los e sobre determinação de quem já se ajustou as normas e não é mais doente. Destarte, a loucura “é despojada de sua

linguagem, e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma” (FOUCAULT, 2008, p. 82).

Ricouer (1994, p. 4) nos lembra que existe uma função desempenhada pela narrativa na constituição da identidade pessoal: “uma vida é a história dessa vida, em busca de narração. Compreender-se a si mesmo, é ser capaz de contar histórias sobre si próprio que sejam simultaneamente inteligíveis e aceitáveis e sobretudo aceitáveis”. Assim, apesar de o transtorno mental e do sofrimento se apresentarem como obstáculos, a vontade de ser, existir e se contar prevalece, e os sentidos de cada trajetória começam a aparecer, os significados se conectam, o mundo é interpretado, e uma narrativa pessoal aparece. O louco é capaz de falar por si, de contar de si.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ronaldo de; MONTEIRO, Paula. Trânsito religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.92-100, jul. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-88392001000300012>.
- ALVAREZ, Ariadna Patrícia Estevez; SILVA, Jessika Oliveira da; OLIVEIRA, Ana Caroline de Moraes. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. **Ecós: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n. 1, p.5-19, jan. 2016.
- ALVES, Paulo César B.. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco, 2016. p. 125-146.
- ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.263-271, set. 1993. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1993000300014>.
- ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 22, n. 8, p.1547-1554, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800003>.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 1, n. 42, p.29-43, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- ALVES, Paulo César B.; RABELO, Míriam Cristina M.. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 171-186.
- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASTIDE, Roger. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BENDIX, Reinhard. **Construção nacional e cidadania**. São Paulo: Edusp, 1996.

BENEVIDES, Daisyanne Soares et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 14, n. 32, p.127-138, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010000100011>.

BIRMAN, Joel; SERRA, Antonio. **Os descaminhos da subjetividade**. Niteroi: Uff, 1988.

BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.227-236, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722012000200006>.

BORTOLOTTI, Micheli Carla. **Saúde mental na proteção social básica: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais**. 2018. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Resolução Nº. 101**. Brasília,

BRASIL. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Decreto Nº 1.132**. Rio de Janeiro, Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social Pnas/ 2004**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

BRASIL. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde Mental no Sus**: os Centros de Atenção Psicossocial.. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Decreto nº 24559**, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Senado Federal, 1934.

BRASIL. **Decreto nº 3244**, de 29 de março de 1899. Reorganiza a Assistência a Alienados. Senado Federal,

BRASIL. **Decreto nº 60252**, de 21 de fevereiro de 1967. Institui no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1967.

BRASIL. **Decreto nº 82**, de 18 de julho de 1841. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Senado Federal,

BRASIL. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 31 jul. 2003.

BRASIL. **Lei nº 10216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Lei nº 1920**, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, 1953.

BRASIL. **Lei nº 5026**, de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências. . Brasília: Senado Federal, 1966.

BRASIL. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. . Brasília: Ministério da Saúde, 11 fev. 2000.

BRASIL. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. . Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. . Brasília: Ministério da Saúde, 19 fev. 2002.

BÜCHELE, Fátima et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.226-236, 31 dez. 2006. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i3.7308>.

BURY, Michael. Doença Crônica Como Ruptura Biográfica. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 2, p.41-55, jun. 2011.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 11, p.4433-4442, nov. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001200016>.

CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p.573-580, dez. 2008.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPALBO, Creusa. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. Rio de Janeiro: Antares, 1979.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 109, p.86-99, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610907>.

CARRANO, Austregésilo Bueno. **Canto dos Malditos**. São Paulo: Lemos, 2000.

CARVALHO, Marcela Campos. **O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá-MG/Brasil**. 2013. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

COHN, Gabriel. **Crítica e Resignação: Max Weber e a teoria social**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

CSORDAS, Thomas. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. **Educação**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p.292-305, set. 2013.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CURIA DIOCESANA (Paraná). Diocese de Palmas. **Missão da Pastoral Familiar**. 2013. Disponível em: <http://www.curiadiocesana.com.br/noticia.php?id=436>. Acesso em: 28 ago. 2018.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DANTAS, Marta. **Arthur Bispo do Rosário: A poética do delírio**. São Paulo: Unesp, 2009.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-oboré, 1992.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.357-366, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000200014>.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO. **Das Ciências da Saúde no Brasil: (1832-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, . Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/principal.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

DILTHEY, Wilhelm. **Ideias acerca de uma Psicologia Descritiva e Analítica**. Corvilhã, Portugal: Lusosofia, 2008.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DURKHEIM, Emile. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar em Revista**, [s.l.], n. 25, p.59-73, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.366>.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Recife, v. 1, n. 18, p.1-15, jan. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Lisboa: Texto e Grafia, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: Na Idade Clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2010.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**. Porto Alegre: Vozes, 2009.

FREITAS, Marta Helena de. Psicologia religiosa: psicologia da religião/ espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade?. **Revista Pistis Praxis**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.89-107, 27 abr. 2017. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR. <http://dx.doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.ds04>.

FREITAS, Marta Helena de; VILELA, Paula Rey. Leitura Fenomenológica da Religiosidade: Implicações para o Psicodiagnóstico e para a Práxis Clínica Psicológica. **Phenomenological Studies**: Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia, v. 1, n. 23, p.95-107, jan. 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco, 2016. p. 27-98.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.809-821, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732009000600003>.

GIORGI, Amadeo; SOUSA, Daniel. **Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Ltc, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOFFMAN, Erving. **Ritual de interação**: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Vozes, 2012.

GOMES, William B.. A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. **Psicologia Usp**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.305-336, 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65641997000200015>.

GOULART, Fernanda Loureiro. **Entre a ciência e a não-ciência**: um estudo de caso sobre a parapsicologia e a psicologia anomalística na academia brasileira. 2014. 185 f.

Tese (Doutorado) - Curso De Política Científica E Tecnológica, Instituto De Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION JUNIOR, Décio. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.23-25, jan. 2006.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete T.. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. **Guaju**, Matinhos, v. 1, n. 2, p.110-126, dez. 2015.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha. Interdição e exposição da morte. In: RASIA, José Miguel; GIORDANI, Rubia C. F.. **Olhares e questões sobre a saúde, a doença e a morte**. Curitiba: Ufpr, 2007. p. 179-203.

HUSSERL, Edmund. **Conferências de paris**. Corvilhã, Portugal: Lusosofia, 1992.

IBGE (Ed.). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Ibge, 2010.

IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ibge, 2013.

IPARDES - INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno Estatístico**: Município de Colombo. Curitiba: Iparides, 2018.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. São Paulo: Atheneu, 1973.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. & Med.**, N.i., v. 12, n. 1, p.85-93, jan. 1978.

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1455-1461, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000600020>.

KONDO, Érika Hissae et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.501-507, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000200028>.

LAHIRE, Bernard. **O homem plural**. Petropolis: Vozes, 2002.

LANGDON, E. Jean. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnográfica**, Lisboa, v. 2, n. 1, p.241-260, jan. 2001.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2012.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify,, 2012.

LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. **Psiquiatria e Espiritismo: A história do Hospital Bom Retiro (Curitiba, 1930-1950)**. Curitiba: Factum, 2015.

LIMA BARRETO, Afonso Henriques. **O Cemitério dos Vivos**. Rio de Janeiro: Planeta, 2004.

LOBOSQUE, Ana Marta. Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, Maria Terezinha; RODRIGUES, Jeferson; ASSIS, Jaqueline Tavares de (Org.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial**. Florianópolis: Ufsc, 2015. p. 10-48.

LUZ, Madel; SABINO, Cesar; MATTOS, Rafael S.. A ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. **Sociologias**, [s.l.], v. 15, n. 32, p.236-254, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222013000100010>.

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 11, n. 5, p.672-677, out. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692003000500016>.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista**. Porto Alegre: L&pm, 1998.

MAGALDI, Felipe Sales. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.69-88, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000100005>.

MALUF, Sônia Weidner. Eficácia simbólica: Dilemas teóricos e desafios etnográficos. In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. Salvador: Edufba, 2013. p. 29-60.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; YASUTAKI, Priscila Mitie. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.61-71, abr. 2008.

MARTINS, Francisco; ZANELLO, Valeska. Psicoterapias: Valoração e avaliação. In: HOLANDA, Adriano Furtado (Org.). **O campo das psicoterapias: Reflexões atuais**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 155-164.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974.

MENDES, Aderlaine de Melo; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? Boletim de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.25-36, abr. 2004.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINKOWSKI, Eugène. O delírio. **Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea**, São Paulo, v. 5, n. 1, p.72-85, jan. 2016.

MOLIANI, Maria Marce. **O Reverso da Cura**: Erro e efeitos adversos do trabalho médico. Curitiba: Editora Ufpr, 2013.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; SOARES, Camila Alves. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco, 2016. p. 223-236.

MUHL, Camila; HOLANDA, Adriano Furtado. Inventário das práticas desenvolvidas por psicólogos em centros de atenção psicossocial no litoral do paraná. **Revista Psicofae**: Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba, v. 1, n. 7, p.93-114, jun. 2018.

NETO, Cecilia; ALVES, Fátima. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l.], v. 2012, n. 70, p.111-129, 4 jan. 2013. Centro de Investiga o e Estudos de Sociologia (CIES-IUL). <http://dx.doi.org/10.7458/spp2012701213>.

NUNES, Everardo Duarte; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 20, n. 4, p.1341-1356, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312010000400015>.

OLIVEIRA, Edmar. **Ouvindo Vozes**: Histórias do hospício e lendas do Encantado. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde**: Saúde mental - novas concepções, nova esperança. Lisboa: Oms, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).. **Declaração de Caracas**. Caracas, Venezuela: Oms/opas, 1990.

OUYAMA, Mauricio. **Um Jardim Patológico**: História do Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba (1890-1930). Curitiba: Máquina de Escrever, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARANÁ. **Lei Estadual n  11189**, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internac  es em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de

cuidados com transtornos mentais. . Curitiba: Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, 1995.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.569-580, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.

PESSOA JÚNIOR, João Mário. **Perfis e práticas dos profissionais de saúde mental em dois hospitais psiquiátricos de grande porte**. 2014. 132 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

PINHEIRO, Roseni et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al (Org.). **Itinerários terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims/ Uerj – Abrasco,, 2016. p. 13-26.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 12, p.4579-4589, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Protocolo Municipal De Atenção À Saúde Mental**. Colombo: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Colombo: Prefeitura Municipal de Colombo, 2013.

RABELO, Míriam Cristina M.. Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 75-88.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.316-325, set. 1993. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1993000300019>.

RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 11-42.

RASIA, José Miguel. Interacionismo Simbólico e Transplante Hepático. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.279-296, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922013000200006>.

RASIA, José Miguel. O ambulatório de transplante hepático: Interação e configuração. In: RASIA, José Miguel; LAZZARETTI, Claire Terezinha (Org.). **Saúde e Sistema Único de Saúde: Estudos socioanalíticos**. Curitiba: Ufpr, 2014. p. 99-117.

RASIA, José Miguel; LAZZARETTI, Claire Terezinha. Diagnóstico de Doença e Narrativa: Um Estudo Etnográfico com Transplantados Hepáticos. **Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**, Córdoba, v. 1, n. 17, p.32-41, jan. 2015.

REDKO, Cristina Pozzi. Loucas, agitadas, doentes ou perigosas: representação e cotidiano das internas do hospital do Juqueri. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.17-26, jan. 1991.

REY, Philippe-marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.382-403, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142012000200012>.

RICOUER, Paul. La souffrance n'est pas la douleur. **Autrement**, Paris, v. 1, n. 142, p.1-7, fev. 1994.

ROCHA, Gilmar. Marcel mauss e o significado do corpo nas religiões brasileiras. **Interações: Cultura e Comunidade**, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, p.133-150, jan. 2008.

SCHUTZ, Alfred. **La construcción significativa del mundo social**. Barcelona: Paidós, 1989.

SCHUTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petropolis: Vozes, 2012.

SCHUTZ, Alfred. O Estrangeiro: Um ensaio em Psicologia Social. **Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 10, n. 113, p.117-129, out. 2010. Tradução: Márcio Duarte e Michael Hanke. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/11345>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão - 2016**. Colombo: Prefeitura Municipal de Colombo, 2017.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.640-655, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932011000300015>.

SILVA, Guilherme Bertassoni da. **A Legislação em Saúde Mental no Brasil (1841-2001): Trajeto da Consolidação de um Modelo de Atenção**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SIMMEL, Georg. O DINHEIRO NA CULTURA MODERNA. In: SOUZA, Jessé; ÖELZE, Berthold. **Simmel e a modernidade**. Brasília: Unb, 1998. p. 23-40.

SKOCPOL, Theda. A Imaginação Histórica da Sociologia. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 9, n. 16, p.7-29, jan. 2004.

- SOUZA, Iara Maria A.. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A.. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 89-124.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Ufmg, 2010.
- STRAUSS, Anselm. **Chronic illness and the quality of life**. St. Louis: Mosby, 1975.
- STRAUSS, Anselm. **Espelhos e máscaras**. São Paulo: Edusp, 1999.
- SZASZ, Thomas. **A escravidão psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- TAVARES, Fátima. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. **Mana**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.201-228, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>.
- TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. Efeitos, símbolos e crenças: Considerações para um começo de conversa. In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. Salvador: Edufba, 2012. p. 17-28.
- VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.108-114, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-462x2013000200002>.
- WADI, Yonissa Marmitt. **Instituições de assistência psiquiátrica do estado do Paraná: Inventário**. Guarapuava: Unicentro, 2012.
- WADI, Yonissa Marmitt. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.68-98, jan. 2009.
- WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana de Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1353-1371, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702015000400009>.
- WEBER, Max. **Ensaio sobre a teoria das Ciências Sociais**. São Paulo: Centauro, 2003.
- WEBER, Max. **Metodologia das ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2001.
- YAO, Yavo Patrice et al. Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan. **L'information Psychiatrique**, Paris, v. 85, n. 5, p.461-469, maio 2009.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZAHAVI, Dan. Acerca de la relación entre fenomenología y sociología. **Sociedad**, Buenos Aires, v. 1, n. 32, p.109-116, mar. 2013.